

سلسلة الاضطرابات النفسية  
١

دكتور مجدى محمد الدسوقي



# اضطرابات النوم

الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج



مكتبة الأنجلو المصرية



# **اضطرابات النوم**

## **الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج**



# سلسلة الاضطرابات النفسية

( ١ )

## اضطرابات النوم

الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج

دكتور

مجدى محمد الدسوقي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

اسم الكتاب : اضطراب النوم (سلسلة الاضطرابات )  
اسم المؤلف : د. مجدى محمد الدسوقي  
اسم الناشر: مكتبة الأنجلو المصرية  
اسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان  
سنة الطبع: ٢٠٠٦  
رقم الإيداع : ٢١٠٢٤  
الترقيم الدولي : I.S.B.N 977 - 05 - 2168 - X

# الإهداء

إلى صاحب الفضل الجزيل ، ورافد العطاء الوفير  
الأستاذ الدكتور

**طلعت منصور**

أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس

حبا وتقديراً و عرفاناً واعتزازاً







## اضطرابات النوم

### مقدمة :

الحمد لله ، نحمده ونستعينه ونستغفره ونستهديه ، ونتوب إليه ، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ، ومن سيئات أعمالنا ، فمن يهده الله فلا مضل له ، ومن يضلل فلا هادي له ، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له ، وأشهد أن محمداً عبده ورسوله ، صلى الله عليه وسلم تسليماً كثيراً .

وبعد ،

تعالج الصفحات التالية موضوعاً مهماً ، وهو اضطرابات النوم مع شرح مبسط وشامل لأكثر اضطرابات النوم شيوعاً وهو الأرق فنحن لا نعرف قيمة النوم إلا عندما نحرم منه أو نتأرق لسبب ما ، والنوم ضروري للحياة فهو ببساطة وسيلة للراحة تؤدي إلى تجديد النشاط والطاقة ، ومن المعروف أننا نقضي ثلث حياتنا نائمين ، وهذا يعني أن معظمنا ينام ثلاثمائة ساعة تقريباً في العام ، والسؤال الذي يتردد دائماً هو كم ساعة نحتاجها من النوم ؟ يعتقد معظمنا أننا نحتاج إلى ثمان ساعات في اليوم ، ولكن المعدل المثالي يختلف من فرد إلى آخر فمن خمس ساعات إلى ست ساعات في الليلة تكون كافية لبعض الأفراد ليشعروا بالراحة التامة ، هذا بينما يحتاج فريق آخر إلى تسع ساعات ، والأشخاص الذين يعانون من مشكلات النوم نجدهم مترنحين ، ومتوعكين ، وسريعي الغضب ، ولك أن تتخيل عزيزي القارئ كيف سيكون حالك إذا لم تحصل على نوم جيد وكافي ليومين أو أكثر ، وفي هذه الحالة ستكون علاقتك بالآخرين متوترة ، وتتضاءل كفاءتك ، وقدرتك الإنتاجية ، ناهيك عما لو كنت تمارس

## اضطرابات النوم

الفصل الثالث : يتناول اضطرابات النوم الثانوية ، التي تتمثل في اضطراب الكابوس الليلي ، واضطراب المشي أثناء النوم ، واضطراب الفرع أثناء النوم .

الفصل الرابع : يتناول اضطرابات النوم غير المصنفة ، التي تتمثل في شلل النوم ، وقفزات النوم ، وهلاوس النوم ، وصرع النوم ، والجز على الأسنان أثناء النوم ، واهتزاز الأرجل أثناء النوم ، وأرجحة الأرجل أثناء النوم ، وكثرة النوم أو فرط النوم .

الفصل الخامس : يتناول أسباب اضطرابات النوم الوراثية ، والعضوية ، والنفسية والاجتماعية ، والبيئية ، وتفسير النظريات العلمية لاضطرابات النوم .

الفصل السادس : يتناول علاج اضطرابات النوم متمثلاً في العلاج العضوي ، والعلاج الطبي ، والعلاج النفسي مع التركيز على العلاج النفسي للأرق ، وخاصة العلاج المعرفي السلوكي بفنياته واستراتيجياته المختلفة .

الفصل السابع : يتناول أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم متمثلة في المقابلة الشخصية الكلينيكية وكذلك المقاييس المختلفة التي أعدت لهذا الغرض .

أما الفصل الثامن والأخير فيتناول مجموعة من النصائح التي تؤدي إلى نوم صحي وسليم .

وأسأل الله أن أكون قد وفقت فيما قصدته من عرض موضوعات أو محتوى الكتاب ، وأن يكون مصدر إفادة للأفراد الذين يعانون من مشكلات

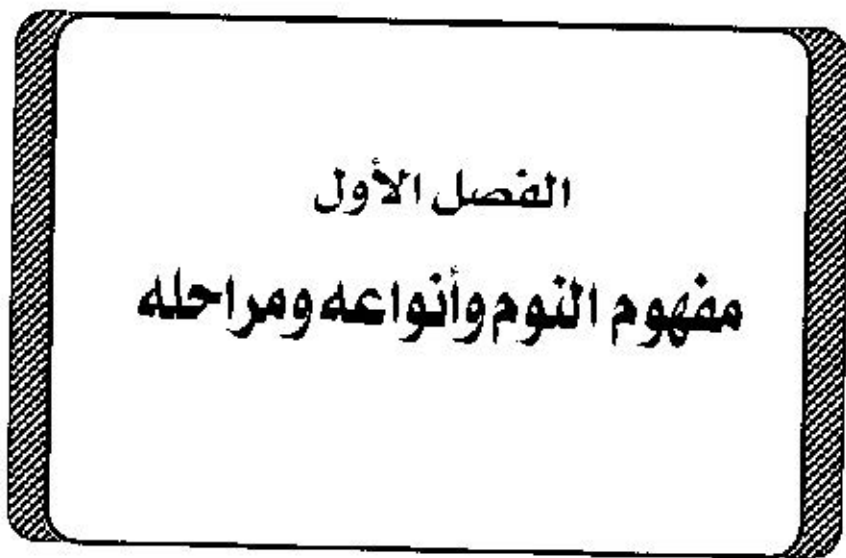
اضطرابات النوم

النوم وخاصة الأرق ، كما أرجو أن يكون هذا الجهد خالصاً لوجه الله  
الكريم ، والله تعالى من وراء القصد وهو وحده الهادي إلى سواء السبيل ،

اللهم علمني ما ينفعني ، وانفعني بما علمتني ، وزدني علماً

الدكتور

مجدى محمد الدسوقي



## مفهوم النوم

مقدمة :

النوم ضروري للإنسان كالطعام والماء والهواء ، وهو رحمة من رب العالمين ، قال تعالى : " وجعلنا الليل لباساً " ( \* ) أى سترأ لكم ، ولذلك أجمع العلماء على أن النوم في الليل مهم جداً لصحة الأبدان . كما أنه آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية في حياتنا ، فهو عمليّة حسيّة نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية ، ويركز معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريباً ( حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٢٨ ) .

والحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الضرورية لنمو الطفل . فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط ، لأنه يريحه راحة تكاد تكون تامة ، ففي النوم يقل النشاط إلى أدنى حد ، ويبطئ التنفس والدورة الدموية ، وينخفض معدل الأيض ، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائي والعمليات الفسيولوجية ( هدى قناوى ، ١٩٨٣ - ١٢٧ ) .

ويمكن اعتبار حالتى النوم واليقظة متغيرين يقعان على مدى متصل معين يتباين من الغيبوبة وفقدان الوعي والنوم العميق في طرف ، وحالة اليقظة التامة في طرف آخر ، ويقوم على طول هذا المدى المنصل مستويات ومراحل متفاوتة من النوم واليقظة ، ويعتبر التبادل بين حالتى النوم واليقظة

( \* ) سورة النبا ، الآية ١٠ .

## مفهوم النوم

مقدمة :

النوم ضروري للإنسان كالطعام والماء والهواء ، وهو رحمة من رب العالمين ، قال تعالى : " وجعلنا الليل لباساً " ( \* ) أى سترأ لكم ، ولذلك أجمع العلماء على أن النوم فى الليل مهم جداً لصحة الأبدان ، كما أنه آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية فى حياتنا ، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية ، ويركز معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريباً ( حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٢٨ ) .

والحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الضرورية لنمو الطفل ، فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط ، لأنه يريحه راحة تكاد تكون تامة ، ففي النوم يقل النشاط إلى أدنى حد ، ويبطئ التنفس والدورة الدموية ، ويتخفف معدل الأيض ، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائى والعمليات الفسيولوجية ( هدى قناوى ، ١٩٨٣ ، ١٢٧ ) .

ويمكن اعتبار حالتى النوم واليقظة متغيرين يقعان على مدى متصل معين يتباين من الغيبوبة وفقدان الوعي والنوم العميق فى طرف ، وحالة اليقظة التامة فى طرف آخر ، ويقوم على طول هذا المدى لمتصل مستويات ومراحل متفاوتة من النوم واليقظة ، ويعتبر التبادل بين حالتى النوم واليقظة

( \* ) سورة للنبا ، الآية ١٠ -

## مفهوم النوم

تمودجاً للدورة اليومية التي تحدث كل أربع وعشرين ساعة ( عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ١٧ ) .

والنوم حالة منتظمة متكررة من الخلود إلى الهدوء الذي يتميز بانخفاض الاستجابة للمؤثرات الخارجية ، وتعتمد دراسة ظاهرة النوم على الملاحظة الخارجية للتغيرات التي يتم قياسها في الشخص النائم ، ويكون النوم مصحوباً بكثير من التغيرات الحيوية في وظائف الجسم مثل التنفس ، والدورة الدموية ، وضغط الدم ، ودرجة حرارة الجسم ، وإفراز المواد الحيوية بالجسم مثل الهرمونات ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ١٠ ) .

ويمكن تعريف النوم بأنه حالة طبيعية متكررة ، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبياً عما يحيط به من أحداث ( حسان شمسى باشا ، ١٩٩٣ ، ٢٥ ) .

والنوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات كما يدل على ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ وانخفاض التوتر العضلي في حالة النوم العميق ، وهو حالة وظيفية حيوية هامة لها أهميتها في استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم والعقل بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعمله ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٢٥ ) .

وأشارت الدراسات إلى أن حصول الفرد على قسط مناسب من النوم يجعله معتدل المزاج مرتاح النفس نشط الجسم ، ويساعده على زيادة إنتاجه إذا كان عاملاً ، وعلى الاستنكار والتحصيل إذا كان طالب علم ، أما اضطراب النوم وعدم حصول الفرد على حاجته من النوم يؤدي إلى ضعف



## مفهوم النوم

همته ، وقلة طاقاته الجسمية وشروء ذهنه ، واضطراب مزاجه ، وانخفاض إنتاجه ، وسوء علاقاته بالآخرين ( محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣٠٨ ) .

كما يتم خلال النوم استعادة وتجديد طاقة الجسم ونشاطه عن طريق إفراز بعض المركبات الحيوية مثل هرمون النمو الذي يساعد على تكوين البروتين اللازم لبناء الأنسجة في مرحلة النوم العميق ، وفي مرحلة نوم حركة العين السريعة تحدث عمليات تعويض محددة لإعادة الطاقة والبناء في وظائف الجهاز العصبي ، كما أن الكثير من الوظائف الحيوية يستمر بانتظام أثناء النوم ، ومنها على سبيل المثال القلب والنورة الدموية ، والتنفس ، وحركة الجهاز الهضمي ، وكذلك يستمر نشاط العقل في صورة أحلام ( لطفى الشربيني ، ٢٥ ، ٢٦ - ٢٥ ) .

ومن المعروف أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر ، والجنس ، والوقت من النهار ، والوقت من السنة ، والحالة الجسمية ، والحالة الصحية ، وغير ذلك من العوامل بحيث لا يمكن القول بأن هناك قدراً مناسباً من النوم لكل البشر قبيماً يجد البعض أن أربع ساعات من النوم في الليلة كافية للشعور بالراحة واليقظة يحتاج آخرون إلى ١٢ ساعة من النوم في الليلة الواحدة ليتولد عندهم الشعور ذاته ( أدلف رامس ، ١٩٨٩ ، ٩ ) .

وفي دراسة للمركز الوطني للإحصائيات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية وجد أن اثنين من كل عشرة أشخاص ينامون أقل من ست ساعات في الليلة ، وواحد من كل عشرة ينام تسع ساعات أو أكثر في الليلة ،

## مفهوم النوم

ويعرف الأشخاص الذين ينامون أقل من ست ساعات بأصحاب النوم القصير ، والذين ينامون أكثر من تسع ساعات بأصحاب النوم الطويل ، وكلهم طبيعيين ، فنباليون وأديسون كانوا من أصحاب النوم القصير في حين أن العالم اينشتاين كان من أصحاب النوم الطويل بمعنى أن عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان إذا كان طبيعياً ولا يعاني من أحد أمراض النوم لا تؤثر على إنتاجه وإبداعه ( جونسون وآخرون Johnson et al. ، ١٩٩٨ ، ١٧٨ ) .

والصغار ينامون أكثر من الكبار فالطفل في الأشهر الأولى عند ولادته ينام حوالي ٢٢ ساعة تقريباً ولكنه يصحو بين فترة وأخرى ، إما لجوع أو لمرض أو لعطش أو أنه يقوم لحاجة ، وتتقلص ساعات النوم حتى تصبح عشر ساعات في سن السادسة ، وثمان ساعات في سن المراهقة ، ولا يوجد قانون يحدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان ، إذ إنها تختلف من شخص لآخر ، فالبعض يحس براحة كاملة بعد ست ساعات من النوم ، والبعض الآخر يحتاج من سبع إلى تسع ساعات ، وخالصة القول أن عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان تختلف من شخص إلى آخر ، فالكثير يعتقدون بأنهم يحتاجون إلى ثمان ساعات نوم يومياً ، وأنه كلما زادوا من عدد ساعات النوم كلما كان ذلك صحياً أكثر وهذا اعتقاد خاطئ ، فعلى سبيل المثال إذا كنت تنام لمدة خمس ساعات فقط بالليل وتشعر بالنشاط في اليوم التالي فإنك لا تعاني من مشاكل ونقص في النوم .

وتشير التجارب والبحوث العلمية في مجال النوم إلى أن النوم ليس مرحلة ركود أو خمول ، وإنما هو مرحلة صيانة للجسم واستعادة لما فقده من

## مفهوم النوم

عناصر حيوية ، وهو مرحلة يستطيع الجسم من خلالها أن يحصل على ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقظة والنشاط ، ووظيفة النوم الأساسية هي إعطاء الجسم الوقت ليستعيد قواه ، فالأفراد الذين ينامون نوماً كافياً وعميقاً هم أكثر نشاطاً في النهار ، كما أن الأفراد الذين ينامون ما بين سبع إلى تسع ساعات يومياً ربما يطول بهم العمر أكثر من أولئك الذين ينامون لفترة قصيرة أو طويلة جداً أثناء الليل ، ويبدو أن أولئك الذين يعملون مرات أثناء الليل ، ومرات أثناء النهار هم أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض ، ولذلك فإن الذهاب إلى النوم في وقت محدد كل مساء ، والاستيقاظ في وقت معين كل صباح ، لا يُحسّن نشاط المرء في النهار فحسب بل يهيئ الشخص لنوم جيد في الليلة التالية .

### أنواع النوم :

ينقسم النوم إلى نوعين :

النوع الأول : النوم الهادئ أو النوم التقليدي Orthodoxy Sleep

النوع الثاني : النوم النقيضي أو المتناقض Paradoxical Sleep

أولاً : النوم الهادئ أو النوم التقليدي :

يطلق عليه اسم النوم البطئ أو النوم السوي أو نوم قشرة لحاء المخ ،

وهذا النوع يتميز بأنه لا تصاحبه حركات العين السريعة Rapid Eye

Movements ( REM ) ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٢٨٩ ) ، ويتضمن

النوم الهادئ أو النوم التقليدي أربع مراحل هي :

المرحلة الأولى : مرحلة النعاس أو مرحلة التحضير للنوم :

يبدو المرء في هذه المرحلة - من الوجهة السلوكية - نائماً نوماً

## مفهوم النوم

خفيفاً ، وقد يتقلب في الفراش يغمض عينيه ويفتحها ، وأدنى حركة أو صوت مفاجئ يوقظ الفرد ويعيده إلى مرحلة الصفر ، وإذا أيقظ النائم في هذه المرحلة يدعى بأنه لم يتم وتدوم هذه المرحلة بين ٥ - ٢٠ دقيقة .

### المرحلة الثانية : مرحلة النوم الخفيف :

في هذه المرحلة يستيقظ النائم سريعاً عند حدوث ضوضاء ، وعندما يتم إيقاظه يقرر أنه كان نائماً ، وتتصف هذه المرحلة بدرجة أعمق من النوم عن سابقتها ، وفي هذه المرحلة يبدأ حدوث أحلام ذات قصة أو حبكة متكاملة غير أن تذكرها يكون غير كامل الوضوح ، وتمتاز هذه المرحلة ببطء في حركة التنفس ، وتدوم هذه المرحلة من ١٠ - ٤٠ دقيقة .

### المرحلة الثالثة : مرحلة النوم العميق :

في هذه المرحلة يصعب إيقاظ النائم كما أنه لا يتأثر بأي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به ، ومن أهم التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في هذه المرحلة انخفاض ضغط الدم ، وبطء معدل ضربات القلب ، وانخفاض درجة حرارة الجسم ، ويكون التنفس بطيئاً ومريحاً ، وتدوم هذه المرحلة من ١٠ - ٣٠ دقيقة .

### المرحلة الرابعة : مرحلة النوم المريح

تتميز هذه المرحلة بالاسترخاء العضلي والجمود التام والتغيرات الفسيولوجية التي تحدث في هذه المرحلة شبيهة بالتغيرات الفسيولوجية التي تحدث في سابقتها ، وفي هذه المرحلة يرتاح الجسم تماماً ويسترد ما فقده خلال النهار من حيوية ، وإذا أيقظ النائم في هذه المرحلة يكون مذهولاً ويحتاج إلى فترة ليُدرك ما حوله ، وتدوم هذه المرحلة من ١٠ - ٢٠ دقيقة ، وتكون هذه المرحلة طويلة في

## مفهوم النوم

بداية الليل ولكنها تأخذ في القصر في أواخرها ( عزت إسماعيل ، د . ت ، ؛ جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ) .

ويطلق على المراحل السابقة من الأولى إلى الرابعة اسم النوم البطئ ، وهذا النوم ضروري لحسن ميكانيكية الجسم بشكل عام لما يوفره من راحة تامة وعميقة بحيث ترتخي العضلات ويبطئ إيقاع نبضات القلب وحركة التنفس والدورة الدموية ، كما أنه ضروري جداً للأطفال ولنموهم الجسمي فخلاله تفرز الغدة النخامية هرمونات النمو التي تنظم وتتسق عمل مختلف أجهزة الجسم بينما في حالات النوم المضطرب يظهر نقص في الهرمونات مما يشكل خطراً على أجهزة الجسم المختلفة ( ميندلسون Mendelson ، ١٩٩٥ ، ٦٩٩ ) .

والدورة المكونة من المراحل السابقة تتكرر أربع أو خمس مرات خلال الليلة الواحدة مع بعض الاختلافات ، ويختلف عدد الدورات وإيقاعها من شخص إلى آخر تبعاً لحالته الجسمية والصحية والنفسية ( بوتزن وبيرلرز Bootzin & Perlils ، ١٩٩٢ ، ٣٩ ) .

## ثانياً : النوم النقيضي أو المتناقض :

يطلق عليه اسم النوم السريع أو النوم الحالم أو نوم جذع المخ ، ويتسم بنشاط دماغي يشبه النشاط الدماغي الذي يحدث أثناء اليقظة ، وأهم ما يميز النوم النقيضي أو المتناقض أنه يصاحبه نشاط في كل الأجهزة ؛ حيث يزداد إيقاع التنفس ، وتزداد سرعة القلب ، وضغط الدم كما يحدث انتصاب في القضيب ، ومن أهم التغيرات الفسيولوجية المصاحبة لهذا النوع من النوم حدوث نوبات حركة العين السريعة في كل الاتجاهات ، والتي

### مفهوم النوم

تحدث والجفون مغمضة أو مغلقة وتستغرق من ثلاث إلى عشر ثوان على فترات تحدث كل ٣٠ أو ٤٠ ثانية ؛ لذلك يطلق البعض على هذه المرحلة مرحلة نوم حركة العين السريعة ( واجنر وآخرون Wagner et al. ، ١٩٩٩ ، ٣٠٠ ) .

كما يطلق البعض على هذا النوع اسم النوم الحالم ؛ وذلك لعلاقة هذا النوع من النوم بالأحلام ، إذ نجد أننا إذا أيقظنا النائم خلال فترة حركة العين السريعة فإنه يذكر على الفور أنه كان مستغرقاً في الأحلام ، وهناك دليل آخر على أن هذا النوع من النوم خاص بالأحلام ، وهذا الدليل مستوحى من أن حركات العين فيه تشبه حركتها في متابعة الصور المتحركة وكأن الحالم يتابع الصور التي يراها في حلمه ، وليس معنى هذا أن الأحلام تحدث في هذا النوع من النوم فقط ، فقد لوحظ أنها تحدث في النوع الأول أيضاً خاصة في أول الليل ، ولكن أحلام النوع الثاني تكون الصور المرئية فيها واضحة وتكون في مفهومها أكثر تعقيداً وإيهاماً أو تحوى موضوعات وجدانية وذلك على عكس أحلام النوع الأول التي تكون صورها باهته وتكون أصعب في التذكر ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٢٩٢ ) .

وهذا النوم الحالم ضروري للحفاظ على توازن وظائف الدماغ الطبيعية واستيعاب الفرد للمواقف التي يصادفها خلال النهار ، فالحلم في الفترات الصعبة كفترات الحزن والقلق يساعد كثيراً على اجتيازها وتحمل صدماتها ، إلى جانب أن الحلم مهم جداً لإشباع الرغبات اللاشعورية التي تطالب بها الهى أو الهو وهذا سر توازن الإنسان الطبيعي الذي يحمل رغبات غريزية كثيرة دفينه في عقله الباطن ، كما أن الحلم مهم جداً من ناحية الإبداع فخلال

## مفهوم النوم

الأحلام يبحث العقل الباطني عن التطور والإبداع ، وكم من الأشخاص يجدون حلاً بسيطاً لمشكلة عالقة خلال فترة يقظة قصيرة أثناء الليل أو عندما يستيقظون صباحاً .

والنوم ضروري للجسم لأنه يساعده على استعادة حيويته من خلال إصلاح مواطن الضعف في البدن وأنسجة الجهاز العصبي المركزي أي أنه سلوك للمحافظة على الطاقة والنوم ضرورياً أيضاً لعملية التعلم ؛ حيث يساعد على تشغيل المعلومات وتقوية الذاكرة ، كما أنه يوفر فرصة لحذف أو محو الارتباطات العصبية التي لا يتم الاحتياج إليها وذلك لزيادة فعالية أو كفاءة تشغيل المعلومات ( كارلسون وكردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤١٥ ) .

ومن الأمور المسلم بها أن الحرمان من النوم له نتائج سلبية جسدية ونفسية دالة فالتعب أو الإرهاق ، والنوم الزائد عن الحد ، ونقص الانتباه ، والتدهور في القدرات الإدراكية ، والمعرفية ، والحركية ، والسلوك النكوصي أو المرتد ، والتفكير غير الموجه كل ذلك ينتج عن اضطرابات النوم ( كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٧٩ ، ١٩١ ) .

ونحن نقضى حوالي ثلث حياتنا نائمين ، وهذا يعني أن معظمنا ينام ٣٠٠٠ ساعة تقريباً في العام ، والسؤال الذي يتردد دائماً هو كم ساعة نحتاجها من النوم ؟ يعتقد معظمنا أننا نحتاج إلى ثمان ساعات في اليوم ، ولكن المعدل المثالي يختلف من شخص إلى آخر فمن خمس إلى ست ساعات في الليلة تكون كافية لبعض الأفراد ليشعروا بالراحة التامة ، ويحتاج فريق آخر إلى تسع ساعات ، وينام الأطفال الرضع حوالي ١٦ ساعة في اليوم ،

## مفهوم النوم

بينما نثرأوح ساعات نوم طلاب الجامعة من سبع إلى ثمان ساعات فى اليوم ، وتتغير أنماط النوم عندما يتقدم الأفراد فى السن فعندما نتعدى الخمسين فإن إجمالى أو مجموع ساعات النوم يومياً ينخفض إلى أقل من ست ساعات ، بينما الأشخاص الذين يعانون من مشكلات تتعلق بالنوم نجدهم مترنحين ومتوَعكين ويكونون دائماً سريعى الغضب ، ولك أن تتخيل كيف سيكون حالك إذا لم تحصل على نوم جيد فى ليلة ما ، فإن علاقاتك بالآخرين ستكون متوترة ، ويكون من الصعب عليك أن تقوم بأداء عملك كما ينبغى ، كما تتضاءل كفاءتك وقدرتك الإنتاجية فى العمل ، والأفراد الذين لا يحصلون على كفايتهم من النوم يتعرضون للعديد من المشاكل الصحية ويدخلون غالباً المستشفى بدرجة أكبر من الذين ينامون بطريقة عادية أو طبيعية ( مورين Morin ، ١٩٩٣ ، أ ، ٢١ ) .

والمشاكل المتعلقة بالنوم فى الولايات المتحدة الأمريكية تتكلف تقريباً من ٣٠ - ٣٥ بليون دولار فى العام ، وذلك من ناحية نقصان القدرة الإنتاجية للعامل ونسبة غياب العمال وما يتعلق بذلك من نتائج ( تشلكوت وشابيرو Chilcott & Shapiro ، ١٩٩٦ ، ٧ ) .

ومن المعروف أن الاضطرابات المتعلقة بالنوم لها أسس سيكولوجية واضحة ، يضاف إلى ذلك أن مشكلات النوم تتفاعل مع العوامل السيكولوجية ، مما يؤدى إلى نتائج وخيمة على الصحة النفسية للفرد والمجتمع على حد سواء .

ولقد أكد فرويد Freud بدرجة شديدة على الأحلام وناقشها مع المرضى كطريقة لفهم أفضل لحياتهم العاطفية أو الانفعالية ( أنك وآخرون



## مفهوم النوم

Anch et al. ، ١٩٨٨ ، ٢٨ ) ، والباحثون الذين منعوا أفراد العينة من النوم لفترات طويلة وجدوا أن الحرمان المزمن من النوم له تأثيرات قوية وواضحة ، فقد أوضحت نتائج إحدى الدراسات التي أجريت على مجموعة من المتطوعين الذين ظلوا مستيقظين لمدة ١١٢ ساعة ( حوالي خمسة أيام تقريباً ) أن سلوك هؤلاء الأفراد كان شاذاً وغريباً وكان شبيهاً بالسلوك الذهاني ، وأصبحوا يعانون من مشكلات تمثلت في الشيزوفرينيا والاكتئاب الحاد والقلق ( ديوراند Durand ، ١٩٩٨ ، ٢٩ ) ، وأوضحت نتائج دراسة أخرى أن الحرمان من النوم يؤدي إلى حدوث الاكتئاب ( هيلمان وآخرون Hillman et al. ، ١٩٩٠ ، ١٣٤ ) .

واضطرابات النوم عند الأطفال تصاحبها عادة صعوبات التعلم واضطرابات السلوك ( ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ص ١٥٢ ) ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال يحتاجون إلى وقت طويل لكي يتعافوا من الحرمان من النوم وذلك بدرجة أكبر من الكبار أو البالغين ، ولذا فإن تراكم النوم أثناء النهار يمكن أن يكون له تأثيرات ضارة على الأداء في المدرسة وعلى التفاعلات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين ( كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤١٥ ) .

واستناداً إلى الحقيقة التي تقضى بأن ما يقرب من ٣٠ % من الكبار ، ٢٥ % من الصغار يعانون من نوع ما من أنواع اضطرابات النوم فإن فهم سمات أو خصائص النوم وكذلك معرفة استراتيجيات تقدير وعلاج اضطرابات النوم تكون على درجة كبيرة من الأهمية ( لوزوف وآخرون Lozoff et al. ، ١٩٨٥ ، ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ) .

## مفهوم النوم

وأثناء مرحلة الطفولة ينخفض الوقت الكلى للنوم تدريجياً ؛ حيث يتراوح بين ٩,٥ - ١١ ساعة فى اليوم ، وتصبح دورة النوم واليقظة أكثر ثباتاً واتزاناً ، وأثناء مرحلة المراهقة فإن أوقات النوم تنخفض ، وهذا الانخفاض فى الوقت المتاح أو المتوافر للنوم يساهم فى الحرمان من النوم ، والنوم أثناء النهار ( غفوات النوم ) ، وهذا السلوك يتم رؤيته بصفة متكررة لدى المراهقين ( شيلدون وآخرون ، Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ، أ ، ١٧ ) .

## تصنيف اضطرابات النوم :

يصنف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Manual Disorders ( DSM - IV ) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ( APA ) اضطرابات النوم إلى :

القسم الأول : اضطرابات النوم التى لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلى أو لا ترجع إلى حالة طبية أو استخدام المواد المخدرة أو العقاقير ، وتنقسم إلى نوعين :

أ- اضطرابات النوم الأولية ( عسر النوم ) Dyssomnias أى اضطراب كمية النوم وكميئته ووقته وتشمل :

- الأرق الأولى Primary Insomnia

- الإفراط فى النوم الأولى Primary Hypersomnia

- نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم ) Narcolepsy

- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس Breathing - Related Sleep Disorder

- اضطراب مواعيد النوم واليقظة Circadian Rhythm Sleep Disorder

## مفهوم النوم

- عسر النوم غير المصنف في مكان آخر .
- ب- اضطرابات النوم الثانوية ( مُخَلات النوم ) Parasomnias وهي عبارة عن أحداث غير طبيعية تقع أثناء النوم وتحدث في الفترة بين النوم واليقظة وتشمل :
  - اضطراب الكوابيس الليلية Nightmares Disorder
  - اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder
  - اضطراب المشى أثناء النوم Sleepwalking Disorder
  - مُخَلات النوم غير المصنفة في مكان آخر .
- القسم الثاني : اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي أو عقلي آخر وتشمل :
  - الأرق المرتبط بالاضطرابات الكلينيكية واضطرابات الشخصية .
  - الإفراط في النوم المرتبط بالاضطرابات الكلينيكية أو اضطرابات الشخصية .
- القسم الثالث : اضطرابات النوم الأخرى ، وتشمل :
  - اضطراب النوم الذي يرجع إلى حالة طبية .
  - اضطراب النوم المرتبط باستخدام المواد المخدرة أو العقاقير ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٥٦ - ٥٩٧ ) ، وسيتم التركيز على اضطرابات النوم الأولية ، وعلى وجه الخصوص الاضطرابات التي تنتشر بدرجة كبيرة بين الأفراد التي لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلي أو لا ترجع إلى حالة طبية أو إلى استخدام المواد المخدرة أو العقاقير ، وهذه الاضطرابات تنقسم إلى نوعين هما :

**مفهوم النوم**

- عُسْر النوم ( اضطرابات النوم الأولية ) Dyssomnias
- مُخَالَات النوم ( اضطرابات النوم الثانوية ) Parasomnias

الفصل الثاني  
اضطرابات النوم الأولية

## اضطرابات النوم الأولية

مقدمة :

تشير اضطرابات النوم الأولية إلى اضطراب صعوبة الدخول في النوم أو مواصلته أو النوم المفرط ، وتتميز باضطراب في كمية وكيفية النوم ، وتضم اضطرابات النوم الأولية طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الأرق الأولى ، والإفراط في النوم الأولى ، وغفوات أو نوبات النوم المفاجئة ، واضطرابات النوم المرتبطة بعملية التنفس ، والانهيار العضلي أو الضعف المفاجئ في العضلات ، واضطراب مواعيد النوم واليقظة ، وفيما يلي تناول هذه الاضطرابات بشئ من التفصيل .

### ١- الأرق Insomnia

الأرق هو قلة النوم الكافي لحاجة الجسم ويكون إما لصعوبة البدء في النوم ، أو صعوبة الاستمرار فيه ، أو هو عدم القدرة على الدخول في النوم ، أو عدم القدرة على النوم المدة التي ينبغي أن ينامها الفرد إلى جانب حدوث تقطع متكرر للنوم أثناء الليل والنهوض مبكراً بغير المعتاد ( حسان شمسي باشا ، ١٩٩٣ ، ٩٣ ) ، أو هو حالة من عدم الاكتفاء الكمي والكيفي من النوم تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت ( أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٧ ) ، أي أن الأرق هو الشكوى من عدم القدرة على نوم كاف أو مشبع أو الحصول على نوم رديء وذلك بسبب عامل أو أكثر من العوامل التالية :

- صعوبة البدء في النوم .

- كثرة الاستيقاظ أثناء الليل مع صعوبة العودة إلى أو مواصلة النوم مرة أخرى .

- الاستيقاظ في وقت مبكر جداً في الصباح .

- نوم غير منعش أو غير مريح أو غير مجدد للطاقة والحيوية .

## اضطرابات النوم الأولية

ولا يحدد الأرق في ضوء عدد الساعات التي ينامها الفرد ، فالأفراد يختلفون بطبيعة الحال فيما بينهم في هذا الصدد ، ويسبب الأرق العديد من المشكلات أثناء اليوم مثل التعب أو الإجهاد ، وقلة الطاقة ، وصعوبة التركيز ، وسرعة الغضب .

ويعتبر الأرق من أكثر الشكاوى شيوعاً في عيادات الأطباء ، وقد تبين في أحد المسوح القومية في أمريكا وجود اضطرابات خطيرة في النوم لدى ٢٥ % من الأفراد الذين يتراوح عمرهم بين ٦٥ - ٧٠ عاماً مقارنة بـ ١٤ % في المجموعة العمرية من ١٨ - ٣٤ عاماً وتبين أن ٢٠ % من جمهور المسح لديهم مشكلات متصلة بالأرق ولكنها أقل خطورة ، أما المجموعة العمرية من ٩ - ١٨ عاماً ينتشر الأرق لديهم بنسبة ٤٠ % ( دافيسون ونيل ، Davison & Neale ، ١٩٩٤ ، ٥١٠ ) .

وعلى الرغم من أن المشكلات المتعلقة بالنوم أكثر شيوعاً أو انتشاراً بين الإناث ولاسيما في سن اليأس ، وبين المرضى ، وكبار السن ، والمدخنين ، ومدمني المشروبات الكحولية إلا أن انتشار هذه المشكلات اضطرابات النوم بين الشباب ، وتصل نسبة انتشار الأرق بين الإناث إلى ٨٠ % في مقابل ٣٠ % لدى الذكور ( أتيل وآخرون ، Attele et al. ، ٢٠٠٢ ، ٢٥٠ ) ، بينما يرى عدد آخر من الباحثين أن الأرق ينتشر لدى الذكور والإناث من جميع المجموعات العمرية ، وتزيد نسبة انتشاره بين الإناث عن الذكور بدرجة كبيرة ، ولاسيما بعد فترة توقف الحيض أو الطمث كما تزيد نسبة حدوث

## اضطرابات النوم الأولية

الأرق بين كبار السن نظراً لأن الحاجة إلى النوم تقل بتقدم العمر (جونسون وآخرون Johnson et al. ، ١٩٩٨ ، ١٨١ ) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن الأرق لا يمكن اعتباره علة أو مرضاً لأنه لا يهدد حياة الفرد بأي حال من الأحوال إلا أنه يسبب الكدر ، والضيق ، والإحباط ، والتعب ، والإرهاق ، والاكئاب ، وفي أسوأ الحالات يمكن أن يجعل المرء يشعر بأنه سيفقد عقله .

وقد أشار ألوي وآخرون Alloy et al. ( ١٩٩٦ ، ٤٤٦ ) إلى أن ثلث الأطفال في عمر خمس سنوات ، ١٥% في عمر ست سنوات ، ١٨% في عمر عشر سنوات يستيقظون بشكل متكرر أثناء الليل ، وهذا يعنى أن اضطراب الأرق يبدأ عند أى سن ولكنه يصبح متزايداً مع تقدم الفرد في العمر .

وأهم ما يميز اضطراب الأرق الشكوى البارزة في صعوبة النوم أو المحافظة عليه أو الشعور بعدم الراحة بعد النوم ، ويحدث هذا الاضطراب على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر ، وينتج عن هذا الاضطراب شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار أو ملاحظة الآخرين لبعض أعراض الاضطراب مثل سرعة الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار ، ولا يشخص الاضطراب إذا كان الأرق يحدث فقط خلال مسار إيقاع النوم واليقظة أو ناشئاً عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم ( محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٨٠ ) .



## اضطرابات النوم الأولية

ويلاحظ ارتفاع نسبة الأرق بين الأطفال ، وخاصة الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة ( محمود عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ؛ حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ؛ حيث يعانى منه حوالى ٢٠ % من مجموع سكان العالم ( إدى وويلبروهل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ ، ١٩١١ ) ، والأفراد الذين يعانون من الأرق يكون لديهم تاريخ سابق من النوم الخفيف بمعنى أن نومهم يتأثر بسهولة بالمشوشات ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨ ) .

ويعانى من مشكلة الأرق أعداد كبيرة من الأفراد ، وبمراجعة

الدراسات المسحية لانتشار الأرق أظهرت هذه الدراسات أن ما يقرب من ٥٠ % من الأفراد فى منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت ، وفى دراسة أجريت فى سويسرا وجد أن ٧ % من الذكور ، ١٢ % من الإناث فى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة كان نومهم سيئ للغاية مما جعل آبائهم يلجأون إلى طلب المشورة الطبية ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٥٣ ) .

ويتمثل الأرق فى تعذر الاستمرار فى النوم أو الاستيقاظ الكثير سواء خلال النوم أو قبل الدخول فى النوم ومواجهة صعوبات فى بدء النوم ( عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ ، ٣٠٢ - ٣٠٣ ) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ، وغالباً ما يكون سببه مرض نفسى أو عقلى أو صراع داخلى ، أو يكون نتيجة اضطراب

## اضطرابات النوم الأولية

وجدانى أو انشغال الفرد بأمور الحياة ، وحينما يكون الأرق خفيفاً فإن تأمين المريض وطمأنته يكونان كافيين لراحته أما إذا اشتد الأرق فقد يكون عرضاً من أهم أعراض الأمراض النفسية والعقلية ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠١ ) .

### أشكال الأرق :

يأخذ الأرق ثلاثة أشكال هي :

الشكل الأول : أرق بداية النوم :

هذا الشكل هو أكثر أشكال الأرق شيوعاً ، ويطلق عليه البعض أرق صعوبة الدخول فى النوم ويصاحب هذا الأرق استيقاظ متكرر ، وفى هذه الحالة يعانى الشخص من البقاء فى الفراش لمدة طويلة تصل إلى عدة ساعات انتظاراً للدخول فى النوم ، وخلال هذه الفترة يتقلب فى الفراش ويتحرك فى قلق مع مرور الوقت ، وكلما استمر الشخص فى محاولات للدخول فى النوم يتزايد شعوره بالقلق والإحباط مما يزيد من صعوبة الاستسلام للنوم .

الشكل الثانى : أرق مواصلة النوم :

أهم ما يميز هذا الشكل كثرة الاستيقاظ ليلاً أو النوم المتقطع كما أن النوم يكون سطحياً يتبعه العودة إلى النعاس مرة بعد أخرى مما يؤدي إلى عدم حصوله على فترة كافية من النوم .

الشكل الثالث : أرق نهاية النوم :

حيث يصحو الفرد قبل الفجر وهو ما يسمى بالاستيقاظ المبكر ، ويصعب عليه أن ينام بعد ذلك ، وقد يطلق البعض على هذا الشكل أرق

### اضطرابات النوم الأولية

ويلاحظ ارتفاع نسبة الأرق بين الأطفال ، وخاصة الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ( محمود عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ؛ حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ؛ حيث يعاني منه حوالي ٢٠ % من مجموع سكان العالم ( إدى وويلبروهل Eddy & Walbrochl ، ١٩٩٩ ، ١٩١١ ) ، والأفراد الذين يعانون من الأرق يكون لديهم تاريخ سابق من النوم الخفيف بمعنى أن نومهم يتأثر بسهولة بالمشوشات ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨ ) .

ويعانى من مشكلة الأرق أعداد كبيرة من الأفراد ، وبمراجعة

الدراسات المسحية لانتشار الأرق أظهرت هذه الدراسات أن ما يقرب من ٥٠ % من الأفراد في منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت ، وفي دراسة أجريت في سويسرا وجد أن ٧ % من الذكور ، ١٢ % من الإناث في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة كان نومهم سيئ للغاية مما جعل آبائهم يلجأون إلى طلب المشورة الطبية ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٥٣ ) .

ويتمثل الأرق في تعذر الاستمرار في النوم أو الاستيقاظ الكثير سواء خلال النوم أو قبل الدخول في النوم ومواجهة صعوبات في بدء النوم ( عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ ، ٣٠٢ - ٣٠٣ ) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ، وغالباً ما يكون سببه مرض نفسى أو عقلى أو صراع داخلى ، أو يكون نتيجة اضطراب

وجدانى أو انشغال الفرد بأمور المريض وطمأنته يكونان كافيين من أهم أعراض الأمراض النفس ( ٣٠١ ) .

### أشكال الأرق :

يأخذ الأرق ثلاثة أشكال الشكل الأول : أرق بداية النوم ؛ هذا الشكل هو أكثر أشكال

صعوبة الدخول في النوم ويص



ساعات انتظاراً للدخول في النوم ويتحرك في قلق مع مرور الوقت للدخول في النوم يتزايد شعوره الاستسلام للنوم .

### الشكل الثانى : أرق مواصلة النوم

أهم ما يميز هذا الشكل النوم يكون سطحياً يتبعه العود عدم حصوله على فترة كافية م

### الشكل الثالث : أرق نهاية النوم

حيث يصحو الفرد قبل ويصعب عليه أن ينام بعد ذلك

## اضطرابات النوم الأولية

ساعات الصباح الأولى ، وهذا النمط من الأرق له دلالة مرضية إذ يرتبط عادة بالاكئاب النفسى إلى جانب القابلية للدخول فى النوم أثناء النهار، وعدم القدرة على إجاز الأنشطة اليومية التالية للنوم ( ليندساي وجاهنشاهى Lindsay & Jahanshahi ، ١٩٩٥ ، ٥٩٢ ) ، وقد يذكر الشخص الذى يعانى من الأرق واحداً أو أكثر من هذه الأشكال السابق ذكرها .

وهناك تصنيف آخر للأرق ؛ حيث يصنف إلى أرق عارض أو مؤقت Transient Insomnia إذا استمر من ليلة واحدة إلى ثلاث أو أربع أسابيع ، أما إذا حدثت فترات الأرق المؤقت من وقت إلى آخر أو على فترات تقدر بشهور فإنه يسمى بالأرق المتقطع Intermittent Insomnia ولكنه يصبح مزماً Chronic عندما يستمر كل ليلة تقريباً لمدة شهر على الأقل ، وفيما يلى تناول هذه الأنواع بشيء من التفصيل :

### أ - الأرق العارض أو المؤقت ( قصير الأمد ) :

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر بضعة ليالٍ أو أسابيع فقط ، ويرتبط عادة بحدوث مسبب للتوتر أو الضغوط مثل التقدم لامتحان أو فقدان شخص عزيز ، أو عدم الراحة الجسمية أو العاطفية ، أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة بسبب الإرهاق الناتج عن رحلة طيران طويلة ، أو الآثار الجانبية التى تحدثها بعض الأدوية ، ويطلق البعض على هذا النوع من الأرق اسم الأرق الأولى Primary Insomnia بمعنى أن الشخص يكون لديه مشكلات تتعلق بالنوم لا ترتبط ارتباطاً مباشراً بأية حالة أو مشكلة صحية ، ويوصف هذا الأرق بأنه عابر أو متقطع بمعنى أنه يحدث ويزول .

## اضطرابات النوم الأولية

وقد لا يتطلب الأرق المؤقت أو المتقطع علاجاً وذلك لأن فترات الأرق تدوم لبضعة أيام فقط ، فمثلاً إذا كان الأرق ناتجاً عن اضطراب مواعيد النوم اليقظة كما هو الحال بعد الإرهاق بسبب السفر الجوى فإن الساعة البيولوجية للفرد ستعود إلى حالتها الطبيعية غالباً من تلقاء نفسها ، ومع ذلك بالنسبة لبعض الأفراد الذين يعانون من النوم خلال النهار ، أو الأداء الضعيف نتيجة للأرق العابر فإن استخدام الأقراص المنومة ذات المفعول القصير الأمد تحسن مواعيد النوم واليقظة في اليوم التالي ، وكما هو الحال مع جميع العقاقير الطبية توجد آثار جانبية ممكنة ، ولا يوصى عادة باستخدام الأقراص المنومة التي تباع بدون تذاكر أو توصية طبية .

### ب - الأرق المزمن ( طویل الأمد ) :

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر لأسابيع عديدة أو شهور عديدة وقد يستمر لعدة سنوات ، ويحدث عادة عندما يعاني الشخص من الأرق لمدة ثلاث ليال على الأقل في الأسبوع ولمدة شهر أو أكثر ، ويمكن أن يحدث نتيجة للعديد من الأسباب ، والأسباب الشائعة لحدوثه هي الاكتئاب ، والضغط المزمن ، وغالباً ما يكون مرتبطاً بمشاكل صحية مثل التهاب المفاصل ، وقصور القلب ، والربو ، وأمراض الكلى ، ومرض باركينسون ، وفرط نشاط الغدة الدرقية ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، كما أن هناك عوامل سلوكية تسهم في حدوثه مثل اضطراب مواعيد النوم واليقظة كما يحدث في العمل خلال ورديات الليل ، وسوء استخدام الكافيين وغيرها من المواد ، ويطلق البعض على هذا النوع من الأرق اسم الأرق الثانوي بمعنى أن الشخص الذي يعاني من الأرق المزمن يكون لديه مشكلات تتعلق بالنوم بسبب شيء آخر مثل الحالة الصحية .

اضطرابات النوم الأولية

ويرى مورين Morin ( ١٩٩٣ ب ، ٢١ - ٢٤ ) أنه في إطار هذين النوعين يتخذ الأرق شكلاً أو أكثر من الأشكال التالية :  
أ- صعوبة حدوث النوم :

ويكون ذلك أكثر شيوعاً وانتشاراً بين المراهقين والشباب .

ب- النوم الخفيف أو غير المريح أو المتقطع :

وهذا النوم يتخلله فترات عديدة من الاستيقاظ أو استلقاء الفرد مستيقظاً في منتصف أو وسط الليل ، ويكون ذلك أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ عاماً ، وفي الأفراد الأصغر سناً ربما يصاحبه الاكتئاب .

ج- الاستيقاظ مبكراً وعدم القدرة على مواصلة النوم :

ويكون ذلك أكثر شيوعاً لدى الأفراد كبار السن أو الأفراد القلقين من شيء على وجه الخصوص .

ويصاحب الأرق الكثير من الاضطرابات الطبية والنفسية التي تتمثل في الألم وعدم الراحة الجسمية ، والخمول أثناء النهار ، والمشكلات التي تتعلق بالتنفس ، وانخفاض وقت النوم أو معاناة الفرد من الأرق المصحوب بالقلق ، واضطراب استخدام المادة Substance Use Disorder ، ويسبب تناول المشروبات الكحولية العديد من المشاكل والاضطرابات ، وقد يستخدم البعض المشروبات الكحولية للبدء في أو إحداث النوم معتقدين أن تناولها بكميات صغيرة يسبب النوم ، إلا أنها تعوق النوم المستمر ، وتؤدي إلى النوم المتقطع الذي يسبب القلق ، مما يدفع الفرد إلى الاستخدام المتكرر للمشروبات الكحولية ، ويؤدي ذلك إلى حلقة مفرغة بدرجة واضحة .

## اضطرابات النوم الأولية

وعلى الرغم من الاستخدام الشائع للفظ الأرق بمعنى عدم النوم فإنه ينطبق في الحقيقة على عدد من المشكلات أو الأعراض المرضية فالناس يعتبرون أنفسهم يعانون من الأرق إذا كان لديهم مشكلة أو اضطراب في النوم أثناء الليل (صعوبة البدء في النوم) أو إذا استيقظوا مراراً وتكراراً أثناء النوم أو إذا استيقظوا في وقت مبكر أكثر من اللازم ولم يقدرُوا على العودة إلى النوم مرة أخرى (صعوبة الاستمرار في النوم) أو إذا ناموا عدداً معقولاً من الساعات ولكنهم يشعرون بأنهم غير مرتاحين في اليوم التالي (النوم الذي لا يعيد النشاط والحيوية) .

### إحصائيات انتشار الأرق :

تشير المسوح التي أجريت على الجمهور على مدى عام كامل أن انتشار شكاوى الأرق تتراوح بين ٣٠% - ٤٠% لدى الراشدين (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٧) ، ويذكر ثلث العينة السكانية تقريباً في أي مرحلة عمرية بعض الأعراض المرضية للأرق ، وأن ١٧% من مشكلاتهم المتعلقة بالنوم كانت حادة (جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٤) .

وأوضحت نتائج دراسة فورد وكاميرو Ford & Kamerow (١٩٨٠ ، ١٤٨١ - ١٤٨١) أن ٣١% من الأفراد الذين عبروا عن مخاوفهم بشأن النوم أصبحوا بعد مرور عام يعانون من صعوبات النوم ، وتعني هذه النتيجة أن المشكلات المتعلقة بالنوم ربما تصبح مزمنة ، كما أوضحت نتائج دراسة ويتي وآخرون Whitney et al. (١٩٩٨ ، ٣٤) أن ٢٠% من الأشخاص المتقدمين في السن يذكرون حالات النعاس الزائد عن الحد أثناء النهار .

## اضطرابات النوم الأولية

والشكوى من الأرق تختلف في درجة التكرار أو الحدوث بين الأفراد ذوى الأعمار المختلفة ، فالأطفال الذين لديهم صعوبة في النوم تتابعهم عادة نوبات من الذعر أو لا يزدون الذهاب إلى الفراش ، وتقديرات الأرق بين الأطفال الصغار تتراوح من ٢٥ % إلى أكثر من ٤٠ % ( ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٥٥ ) ، وهذه النسبة المئوية تتخفض في مرحلة المراهقة وفي مرحلة الرشد المبكر ولكنها ترتفع إلى ٢٥ % مرة أخرى لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً ( ميلنجر وآخرون Mellinger et al. ، ١٩٨٥ ، ٢٢٦ ) ، وهذه الزيادة في نسبة الأرق بين الأفراد الأكبر سناً لا معنى لها عندما نتذكر أن عدد الساعات التي ينامها أى منا عندما يصل إلى هذه السن ينخفض ؛ حيث يصل إلى أقل من ٦ ساعات كما يتم الاستيقاظ عدة مرات كل ليلة .

وتشير الدراسات المسحية إلى أن اضطرابات النوم تكون أكثر انتشاراً بين الإناث عنها لدى الذكور ، وأنها تصبح أكثر انتشاراً وتكراراً بتقدم العمر ، وتشير هذه الدراسات أيضاً إلى ارتفاع نسبة الأطفال الذين يعانون من الأرق في الطفولة المتأخرة ( حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٢٠ ) .

ونظراً لأن درجة انتشار الأرق بين الإناث تصل إلى ضعف انتشاره بين الذكور ، هل يعنى ذلك أن الذكور ينامون بدرجة أفضل من الإناث ؟ إن ذلك ليس بالضرورة فالمشكلة المتعلقة بالنوم تعتبر اضطراباً فقط إذا شعر الفرد بعدم الراحة تجاهها ، فالإناث ربما يتم تشخيصهن غالباً على أنهن يعانين من الأرق أو لديهن أرق لأنهن غالباً يتذكرن المشكلة وليس



## اضطرابات النوم الأولية

بالضرورة أن يضطرب نومهم بدرجة أكبر ، وربما يكن أكثر وعياً أو دراية بأنماط نومهم بدرجة أكبر من الذكور أو ربما يسعين إلى طلب المساعدة ويعترفون بوجود الاضطراب بدرجة أكبر ، ويرى موريس وآخرون Morris et al. ( ١٩٩٠ ، ١٠ - ١١ ) أن الأرق يرتبط بمشكلات خاصة بالساعة البيولوجية وتحكمها في درجة حرارة الجسم ، فالأفراد الذين يعانون من الأرق يكون لديهم إيقاع متأخر لدرجة الحرارة ، لأن درجة حرارة أجسامهم لا تنخفض ولا يشعرون بالنعاس أو الخمول إلا في وقت متأخر من الليل .

وتوصل عدد كبير من الباحثين إلى أن الأفراد الذين يعانون من الأرق تكون درجة حرارة أجسامهم أعلى من درجة حرارة أجسام الأفراد الذين ينامون نوماً جيداً ، كما أن تقلب درجة حرارة أجسامهم بين الارتفاع والانخفاض يكون ضئيلاً .

ومن العوامل الأخرى التي يمكن أن تتدخل في النوم استخدام العقاقير أو المخدرات ، والتنوع في التأثيرات البيئية مثل تغير الضوء والوضوء ودرجة الحرارة ، كما أن الاضطرابات الأخرى للنوم مثل توقف أو انقطاع التنفس أثناء النوم ، واضطراب الحركة الدورية للأطراف Periodic Limb Movement Disorder ( مثل اهتزاز الأرجل الزائد عن الحد ) يمكن أن تسبب النوم المتقطع وربما تبدو مشابهة للأرق ، وأخيراً فإن الضغوط النفسية Psychological Stresses المتعددة يمكن أن تعوق النوم ( مورين Morin ، ١٩٩٣ ، ب ، ٢٦ ) ، فالضغوط النفسية التي نمر بها خلال أوقات الامتحان مثلاً أو خلال وجود مشاكل عاطفية ... الخ تتدخل في نومنا ولو مؤقتاً على الأقل .

## اضطرابات النوم الأولية

والأفراد الذين يعانون من الأرق ربما يكون لديهم توقعات غير واقعية Unrealistic Expectations عن كمية النوم التي يحتاجونها (أحتاج إلى ثمان ساعات كاملة) وعن ما سوف يكون عليه النوم المضطرب (سأكون غير قادر على أن أفكر أو أقوم بأداء وظيفي إذا نمت لمدة ٥ ساعات فقط) (مورين وآخرون Morin et al. ١٩٩٣ ، ١٣٩) ، وهذا يعنى أن أفكارنا غير الواقعية تعوق أو تشوش نومنا وأسلوبنا في الحياة .

وقد يتساءل البعض هل النوم الرديء سلوكاً يتم تعلمه ؟ من المعروف أن التفاعلات المصاحبة للنوم تسهم في حدوث العديد من المشكلات ، فعلى سبيل المثال أظهرت نتائج إحدى الدراسات أنه عندما يكون أحد الوالدين موجوداً بجوار الطفل عند النوم فإن الطفل من المحتمل بدرجة أكبر أن يستيقظ أثناء الليل (آدر وآخرون Adair et al. ١٩٩١ ، ٥٠١) ، كما أن بعض الأطفال يتعلمون النوم فقط في حالة وجود أحد الوالدين ، وإذا استيقظوا في الليل فإنهم ينزعجون ويخافون عندما يجدون أنفسهم وحيداً أو بمفردهم ، وفي هذه الحالة يضطرب نومهم .

وبحوث النوم عبر الثقافات المتعددة ركزت بدرجة أساسية على الأطفال ، ففي الثقافة السائدة في الولايات المتحدة الأمريكية ينام الأطفال بمفردهم في سرير مستقل ، وإذا أمكن في حجرة منفصلة ، وفي ثقافات أخرى كثيرة كما في مناطق متنوعة في ريف جواتيمالا وكوريا Guatemala & Korea وفي المناطق الحضرية في اليابان فإن الطفل يقضى سنوات عمره الأولى في نفس الحجرة وأحياناً في نفس الفراش الذي تنام فيه الأم

اضطرابات النوم الأولية

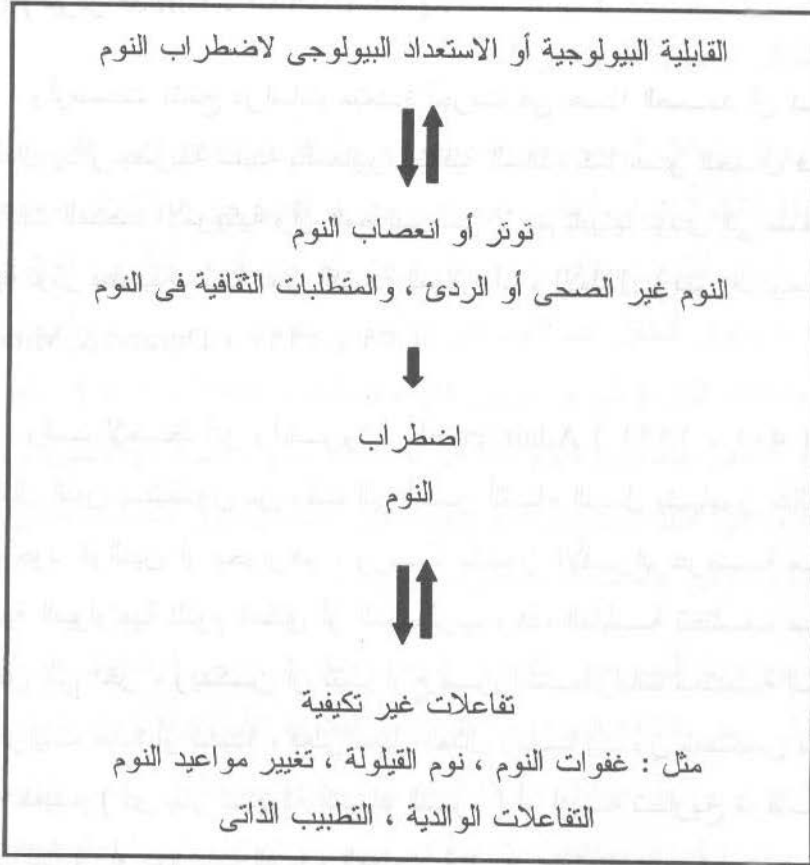
(موسكو وآخرون. Mosko et al. ، ١٩٩٧ ، ١٤٣ ) ، وفى كثير من الثقافات تذكر الأمهات أنهم لا يتجاهلون صراخ أطفالهن ( لى Lee ، ١٩٩٢ ؛ موريلى وآخرون. Morelli et al. ، ١٩٩٢ ) ، وهذا يتناقض بشدة مع ما هو متبع فى الولايات المتحدة الأمريكية ؛ حيث يوصى معظم أطباء الأطفال الوالدين بتجاهل صراخ أطفالهم الرضع أثناء الليل (فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ، ٢١ ) .

وأوضحت نتائج دراسات متعددة أجريت فى هذا الصدد أن نوم الأطفال يتأثر بطريقة سلبية بالمعايير الثقافية السائدة كما هو الحال فى الولايات المتحدة الأمريكية وأن المطالب التى لا يتم تلبيةها تؤدى إلى ضغوط نفسية تؤثر بطريقة سلبية على النتيجة النهائية لنوم الأطفال (ديوراند وميندل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٣٩ ) .

وقد لاحظ آدر وآخرون Adair et al. ( ١٩٩١ ، ٥٠١ ) أن الأطفال الذين يستيقظون من وقت إلى آخر أثناء الليل ينامون غالباً فى وجود الوالدين أو بجوارهم ، وربما يكون الأفراد عرضة من الناحية البيولوجية للنوم المقلق أو المضطرب وهذه القابلية تختلف من شخص إلى آخر ، ويمكن أن تتراوح من اضطرابات معتدلة إلى اضطرابات حادة أو شديدة ، فعلى سبيل المثال ربما يكون شخص ما نومه خفيف ( أى يثار بسهولة أثناء النوم ) أو لديه تاريخ مرضى عائلى للأرق أو نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم ) أو توقف التنفس المفاجئ أثناء النوم وكل هذه العوامل يمكن أن تؤدى فى النهاية إلى حدوث المشكلات التى تتعلق بالنوم ، وهذه التأثيرات

اضطرابات النوم الأولية

تكون عوامل مهينة للاضطراب ( سبيلمان وجلوفنسكى Spielman & Glovinsky ، ١٩٩١ ، ٣ ) ، وربما لا تكون هذه العوامل فى حد ذاتها مسببة للاضطراب دائماً بل أنها ربما تتحد مع عوامل أخرى للتدخل فى عملية النوم أو إعاقتها ، والشكل التالى يعبر عن نموذج متكامل متعدد الأبعاد لتفسير اضطرابات النوم .



نموذج متكامل متعدد الأبعاد لتفسير اضطرابات النوم

( بارلو وديورانند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٢ )

## اضطرابات النوم الأولية

وتتضمن القابلية البيولوجية عدداً من الأحداث التي تؤثر بطريقة سلبية على النوم منها على سبيل المثال العادات السيئة قبل وقت النوم مثل تناول الكثير من السوائل ، والمشروبات الكحولية ، والكافيين ، وتؤدي هذه القابلية البيولوجية أو الاستعداد البيولوجي إلى توتر النوم أو إلى حدوث النوم غير الصحي أو الرديء (ديوراند Durand ، ١٩٩٨ ، ٣١) كما أن القابلية البيولوجية أو الاستعداد البيولوجي وتوتر النوم يؤثران في بعضهما البعض ، وعلى الرغم من أننا نفترض بديهياً أن العوامل البيولوجية تأتي أولاً فإن التأثيرات الخارجية مثل النوم غير الصحي أو السيئ ، وكذلك النشاطات اليومية تؤثر على النشاط الفسيولوجي للنوم وأحد الأمثلة الواضحة لهذه الظاهرة هو الإرهاق الناتج عن السفر بالطائرة ؛ حيث تضطرب أنماط نوم الأفراد أحياناً بدرجة كبيرة وذلك عندما يسافرون بالطائرة لمناطق بعيدة ومختلفة التوقيت ، وسواء استمر الاضطراب أو أصبح أكثر حدة فإن ذلك يعتمد على كيفية تصرف الأفراد في هذه الأمور ، فعلى سبيل المثال يتفاعل كثير من الناس مع اضطراب النوم بتناولهم أقراص منومة يتم شرائها من الصيدليات بدون تذكرة طبية ، ولسوء الحظ فإن معظم الأفراد لا يدركون أن الأرق المرتد Rebound Insomnia يحدث عندما يتم التوقف عن تناول هذه الأدوية ، وهذا الارتداد أو معاودة الحدوث يدفع الناس إلى الاعتقاد بأنهم يعانون من اضطرابات تتعلق بالنوم ، وهناك طرق أخرى للتفاعل أو التعامل مع النوم السيئ يمكن أن تطيل أمد المشكلات ، فالشخص الذي لم يتناول قسطاً كافياً من النوم يمكن أن يعوض هذا الفقد بالنوم لفترة قصيرة أثناء النهار ، ولسوء الحظ فإن هذه الغفوات التي تخفف التعب أثناء النهار تعوق النوم في الليلة التالية ، ويمكن للقلق أيضاً أن يساعد على تفاقم المشكلة

## اضطرابات النوم الأولية

فالرقاد في الفراش والقلق بشأن المدرسة والانزعاج بشأن المشكلات العائلية أو حتى التفكير في عدم القدرة على النوم يتدخل في النوم أو يعوقه (مورين Morin ، ١٩٩٣ ، اب ، ١٨ ) .

ويساعد سلوك الوالدين على استمرار مشكلات النوم لدى الأطفال ، فالأطفال الذين يتلقون قدراً كبيراً من الانتباه أو الاهتمام الإيجابي من جانب الوالدين عندما يستيقظون أثناء الليل يسهم ذلك في استيقاظهم فيما بعد أثناء الليل بدرجة أكبر ( ديوران و ميندل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٣٨ ) ، ومثل هذه التفاعلات غير التكيفية عندما ترتبط أو تتحد مع الاستعداد البيولوجي لمشكلات النوم وتوتر النوم ربما تفسر سبب استمرارية اضطرابات النوم ، يضاف إلى ذلك أن تداخل اضطرابات النوم مع الاضطرابات السيكلوجية مثل القلق والاكتئاب يزيد الأمر حدة لأن القلق يعوق النوم بدرجة أكبر مما يجعل الفرد أكثر قلقاً ، ومن الصعب أن نجد شخصاً لديه اضطراب بسيط في النوم ولا توجد لديه مشاكل متعلقة بهذا الأمر .

ويتميز الأرق الأولى بصعوبة البدء في النوم أو المحافظة عليه أو الاستمرار فيه ، وهذه الصعوبات يجب أن تتواجد لمدة شهر على الأقل ، ويعتبر التعب أو الإرهاق أثناء النهار ، وسرعة الغضب ، وضعف التركيز ، وتشتت الانتباه ، والقلق من الملامح أو المعالم الشائعة للأرق الأولى ، وعندما تحدث صعوبة في بدء النوم أو الاستمرار فيه أثناء مرحلة الطفولة فإن هذه الصعوبة ترتبط عادة بعوامل بيئية وعوامل شرطية مثل القلق الحاد أو الشديد Acute Anxiety الذي يرجع إلى المدرسة وما يتعلق بها من

## اضطرابات النوم الأولية

موضوعات أو قضايا ، أو تغيير محل إقامة الأسرة ، والحدود الشديدة أو الصعبة التي يضعها الوالدان ، وغياب أو عدم وجود الروتين المألوف أو الشيء المعتاد مثل وجود زجاجة ماء أو بطانية أو هز الطفل لكي ينام أو تناول الطعام والشراب قبل وقت النوم ، ويحدث الأرق الأولى عادة قبل سن المدرسة ، وأرق الطفولة يتناقص تدريجياً بصورة طبيعية بمرور الوقت .

ويعانى حوالي ٣٥% من الأطفال من نوع أو آخر من اضطرابات النوم أثناء مرحلة الطفولة ( لوزوف وآخرون ، Lozoff et al. ، ١٩٨٥ ، ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ) ، وعلى الرغم من ذلك فإن اضطرابات النوم أقل شيوعاً لدى الأطفال مقارنة بالكبار ، ولكن الكثير من الأطفال يعانون من هذه الاضطرابات ( ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٥٤ ) ، وقلق الوالدين أو ضيقهما بشأن الصعوبة التي يواجهها الطفل للبدء فى النوم والاستمرار فيه تدفعهم عادة إلى البحث عن الاستشارة الكلينيكية ( فيربر Ferber ، ١٩٨٧ ، ١٦٦ ) .

والأعراض المرضية للأرق عند الأطفال تتضمن نوماً زائداً عن الحد خلال وقت النهار ، وضعف التركيز ، وتدهور الأداء أو التحصيل فى المدرسة ، وأسباب الأرق عند الأطفال تختلف عن أسباب الأرق عند الكبار ، فالقواعد غير الصحية أو الرديئة فى النوم ، والمخاوف من الكوابيس والتفاعلات غير السوية بين الوالدين والطفل عند وقت النوم تمثل الأسباب الرئيسية للأرق فى مرحلة الطفولة ( فيربر Ferber ، ١٩٨٧ ، ١٤٣ ) .

كما أن التأثيرات الشرطية ربما تساعد على استمرار الأرق أو قلة

## اضطرابات النوم الأولية

النوم فمثلاً الانتباه أو الاهتمام من جانب الوالدين استجابة لمخاوف الطفل من الكوابيس يتم تقويتها أو تعزيزها وربما تساهم فيما بعد في صعوبة البدء في إحداث النوم ، كما أن تناول الأدوية مثل الميثيل فينيديت Methylphenidate وكذلك الأدوية أو المواد التي تحتوى على الكافيين Caffeine تؤدي إلى حدوث الأرق ، وعمل مفكرة أو سجل للنوم لفترة أسبوعين يعتبر وسيلة أو طريقة فعالة لتقييم هذه العوامل بشرط أن تكون تسجيلات الوالدين خلال هذه الفترة دقيقة إلى أكبر درجة ، ونظراً لأن هناك مجموعة من العوامل الفسيولوجية يمكن أن تؤدي إلى حدوث الأرق فإنه يوصى بعمل تقييم طبي شامل ودقيق للطفل وذلك كخطوة أولى في عملية التقييم ( كاليس وآخرون . Kales et al ، ١٩٨٢ ، ٤ ) .

- وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) فإن المحكات التشخيصية للأرق الأولى تتمثل في :
- أ- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة بدء النوم أو الدخول فيه أو الاستمرار فيه أو النوم غير المريح الذي لا يساعد على النشاط والحيوية لمدة شهر على الأقل .
  - ب- أن يسبب هذا الاضطراب كرباً دالاً سريرياً أو خللاً في الأداء الاجتماعي والمهني أو أي مجالات أخرى من الأداء .
  - ج- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy ، أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس Breathing Related Sleep Disorder ، أو اضطرابات النوم الثانوية ( مُخلات النوم ) Parasomnias .



## اضطرابات النوم الأولية

د- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الاكتئاب الحاد أو القلق المعمم أو الهذيان ( التخریف أو اضطراب الوعى ) Delirium .

هـ- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة الناتجة عن تعاطى المواد المؤثرة نفسياً مثل تعاطى المخدرات أو المداواة باستخدام الأدوية النفسية ، ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٥٧ ) .

### تشخيص الأرق :

لكى يتم تشخيص الأرق بدقة يجب أن يتضمن التشخيص ما يلى :

- الفحص الجسمى .
  - تاريخ الحالة المرضية أو تاريخ حدوث الأرق واستمراره .
  - التاريخ المتعلق باضطرابات النوم بصفة عامة .
- ويجب أن يتضمن التشخيص عمل مفكرة يسجل الفرد فيها كل ما يتعلق بنومه لمدة أسبوع أو أسبوعين أو أكثر بحيث يتمكن من تتبع أنماط نومه ، وكذلك التغيرات المختلفة التى يشعر بها أو تتابها أثناء النهار مثل الخمول أو الإرهاق ... الخ ، كما يجب أن يتضمن التشخيص أيضاً عمل مقابلة شخصية مع شريك الفرد فى الفراش ليدلى بمعلومات عن كمية وكيفية نوم الفرد ، وفى بعض الحالات يتم إحالة الفرد من قبل الطبيب إلى مركز لعلاج اضطرابات النوم وذلك لعمل بعض الاختبارات الخاصة ، ويعتمد التشخيص النهائى للأرق على التقارير الذاتية للمرضى عن أنماط نومهم والتى تشتمل على الشكوى من النوم

## اضطرابات النوم الأولية

المقلق ، والمصاعب التي تتعلق ببداية حدوث النوم أو الدخول فيه واستمراره ، ويجب أن تكون الأعراض المرضية كافية بحيث تؤدي إلى كرب أو ضيق انفعالي دال وتعوق الفرد عن تأدية وظائفه أو أعماله .

وعند تشخيص الأرق يجب مراعاة ما يلي :

أ - استبعاد وجود مرض عضوي وآلامه المصاحبة مثل الاضطرابات المعوية ، وصعوبة التنفس ، وارتفاع درجة الحرارة ، والآلام الجسمية المتنوعة .

ب - ألا يكون الأرق عرضاً من أعراض الأمراض النفسية والعقلية كالقلق ، والاكتئاب التفاعلي أو الذهاني أو غيرها .

ج - ألا يتم تشخيص الأرق بمعزل عن العلامات والمظاهر الطبية والنفسية المصاحبة له ، وكقاعدة طبية عامة فإن الأرق لا بد أن يكون مصحوباً بحالة مرضية أخرى ، ويتم تصنيف الأرق على أنه أرق أولى Primary Insomnia حين لا توجد أعراض مصاحبة له ، بينما الأرق الثانوي Secondary Insomnia يكون جزءاً من حالة مرضية عضوية أو نفسية ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٥٤ ) .

د - يصاحب اضطراب الأرق شكوى متعددة وغير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز ( محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٨٠ ) .

هـ- أن الأفراد المصابين بالأرق الأولى يكون لديهم تاريخ سابق من النوم الخفيف أي أن نومهم يتأثر بسهولة بالمشوشات ، والحساسية الزائدة تجاه المؤثرات اليومية لفقدان النوم ، كما توجد أعراض القلق

## اضطرابات النوم الأولية

والاكتئاب التي لا تستوفى المحكات التشخيصية لأى منهما ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨ ) .

### أعراض الأرق :

بصاحب الأرق العديد من الأعراض منها :

- ١- الشعور بالتعب أثناء النهار .
- ٢- حدوث صداع متكرر .
- ٣- سرعة الغضب .
- ٤- عدم القدرة على التركيز أو فقدان التركيز .
- ٥- الخمول وعدم الشعور بالانتعاش عند الاستيقاظ .
- ٦- النوم غير المنعش أو غير المجدد للطاقة والحيوية .
- ٧- صعوبة النعاس أو الدخول فى النوم بسرعة ؛ حيث يستغرق الفرد فترة تزيد على ٣٠ أو ٤٠ دقيقة لكي يغلبه النعاس .
- ٨- الاستيقاظ المتكرر أثناء النوم ليلاً ، وعدم القدرة على مواصلة النوم مرة أخرى .
- ٩- الاستيقاظ مبكراً فى الصباح وعدم القدرة على العودة إلى النوم مرة أخرى .
- ١٠- استخدام الأقراص المنومة ، وتناول المشروبات الكحولية للمساعدة على النوم .

ويمكن للأرق أن يسبب مشكلات خلال اليوم مثل النعاس أو الشعور بالحاجة إلى النوم ، والتعب أو الإرهاق ، والشخص الذى يعانى من الأرق ربما يكون لديه اضطرابات أخرى فى النوم مثل توقف التنفس أثناء النوم ،

اضطرابات النوم الأولية

- ٧- تغيير المكان كالانتقال إلى منزل جديد أو مدينة جديدة أو البدء فى الدراسة الجامعية .
- ٨- العوامل البيئية مثل الضوضاء ، أو درجات الحرارة الزائدة جداً عن الحد ( سواء جو حار أو بارد ) والتي تعوق النوم وتسبب عدم الراحة .
- ٩- الأشياء التي تعوق أو تؤثر على النوم الطبيعي مثل التعب أو الإرهاق بعد رحلة طيران أو التحول فى العمل من وريديّة نهارية إلى وريديّة ليلية .
- ١٠- المخدرات وعقاقير الاستجمام التي تتضمن النيكوتين ، والكافيين ، والهيروين ، والكوكايين ، والمنشطات النفسية ، وتعاطى القنب وهو نوع من المخدرات ينتشر فى بلاد اليمن .
- ١١- تعاطى الأقراص والحبوب المنومة والمهدئة التي تسبب اضطراب النوم وكذلك بعض الأدوية التي تتضمن أقراص منع الحمل ، ومدرات البول وأقراص التخسيس ، والمنبهات وغيرها .
- ١٢- يحدث الأرق المزمن نتيجة لمجموعة مركبة من العوامل التي تتضمن الاضطرابات البدنية ، والعقلية ، وأحد الأسباب الأكثر شيوعاً للأرق المزمن هو الاكتئاب ، والأسباب الجوهرية الأخرى تتضمن التهاب المفاصل ، وأمراض الكلى ، وقصور أو هبوط القلب ، والربو ، وانقطاع التنفس أثناء النوم ، والسبات أو الغفوة النومية ، ومرض باركنسون Parkinson's Disease أو الشلل الرعاش الذى يصاحبه رعشة الأطراف ، وزيادة إفراز الغدة الدرقية ، كما يرجع الأرق

## اضطرابات النوم الأولية

المزمن أيضاً إلى عوامل سلوكية تشتمل على سوء استخدام أو الإفراط في تناول المواد المحتوية على الكافيين والمواد الكحولية ، كما يحدث الأرق المزمن أيضاً نتيجة اضطراب مواعيد النوم واليقظة والضغوط المزمنة .

١٣- يحدث الأرق العابر أو المؤقت نتيجة المرور بعامل أو أكثر من العوامل التالية :

- الضغوط النفسية .
- الضوضاء أو الصخب البيئي .
- درجة الحرارة الزائدة عن الحد الطبيعي أو المنخفضة عن الحد الطبيعي .
- تغير البيئة المحيطة بالفرد .
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة .
- الآثار الجانبية للأدوية .

١٤- هناك بعض السلوكيات التي تساعد على استمرار الأرق منها :

- توقع وجود صعوبة في النوم والقلق من ذلك .
- تناول كمية كبيرة من السوائل التي تحتوى على الكافيين مثل الشاي ، والقهوة ، والكوكاكولا .
- تدخين السجائر قبل وقت النوم .
- شرب الخمر قبل وقت النوم .
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة .
- نوم القيلولة الزائد عن الحد في فترة بعد الظهر أو المساء .

وهذه السلوكيات تطيل من وجود الأرق ، وتكون مسؤولة إلى حد كبير

## اضطرابات النوم الأولية

عن حدوث اضطرابات النوم بصفة عامة والأرق بصفة خاصة ، والتوقف عن أداء هذه السلوكيات يزيل الأرق تماماً .

١٥- الأرق كعرض مرضى ينشأ أو يتطور نتيجة عرض لمرض آخر أو نتيجة لسبب بيئي وذلك كما يتضح من الأسباب النفسية ، والأسباب البيئية ، والأسباب الطبية التي يتم تناولها فيما يلي :

### • الأسباب النفسية Psychologic Causes

وتتضمن هذه الأسباب :

- القلق .
- الاكتئاب .
- منغصات الحياة .
- انشغال البال وقت النوم .
- الهوس والهوس الخفيف .
- الارتباط الشرطي بين الفراش وحالة اليقظة .

### • الأسباب البيئية Environmental Causes

وتتضمن هذه الأسباب :

- حجرة النوم إما حارة أكثر من اللازم أو باردة أكثر من اللازم .
- تناول الأطعمة الدسمة أو أداء التمرينات الرياضية قبل وقت النوم .
- التعب أو الإجهاد بعد رحلة طيران طويلة .
- نوم القيلولة أثناء النهار .
- تناول المشروبات التي تحتوى على الكافيين قبل وقت النوم .

اضطرابات النوم الأولية

• الأسباب الطبية Medical Causes

أ- أدوية أو عقاقير لا يصفها أو لا يوصى بها الطبيب وتشمل حبوب أو أقراص التخسيس مثل بيزيدوايفيدرين Pseudoephedrine أو الفينيل بروبانولامين Phenylpropanolamine .

ب - أدوية أو عقاقير يصفها أو يوصى بها الطبيب وتشمل :

- ميثيل فينيديت Methylphenidate أو ريتالين Ritalin .

- ثيوفيلين Theophylline .

- البيترول Albuterol أو فينتولين Ventolin .

- كوينيدين Quinidine أو كارديوكين Cardioquin .

- بمولين Pemoline أو سيلرت Cylert .

- ديكستروأمفيتامين Dextroamphetamine أو ديكسدرين Dexedrine .

- بزيديوايفيدرين Pseudoephedrine أو نوفافيد Novafed .

- فينيل إفرين Phenylephrine أو نيو- سينيفرين Neo-Synephrine .

- فينيل بروبانولامين Phenylpropanolamine أو إنتكس Entex .

ج- الحالات الطبية وتشمل :

- اضطرابات النوم الأولية مثل توقف التنفس أثناء النوم ، واضطراب

الحركة الدورية للأطراف Periodic Limb Movement Disorder ،

وارتجاج العضلات الليلي Nocturnal Myoclonus ، زملة الأرجل

القلقة Restless Legs Syndrome .

- الألم الناتج عن أى مصدر أو سبب .

- السكر الناتج عن تعاطى مخدر أو مشروب كحولى .

## اضطرابات النوم الأولية

- تسمم الغدة الدرقية Thyrotoxicosis .
- عسر التنفس أو ضيق التنفس Dyspnea ( روهرز وروث Roehrs & Roth ، ٢٠٠٠ ، ٣٣٩ - ٣٥٢ ) .

ومن المفيد معرفة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الأرق حتى يتم الوقوف على الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الأرق وبالتالي يسهل علاج هذه الأسباب وبالتالي التخلص من الأرق ، إذ إن عدم معرفة الأسباب الرئيسية لحدوث الأرق ربما يؤدي إلى تدخلات غير مؤثرة أو ضارة أو خطيرة مثل التوصية باستخدام الأقراص المنومة مثلاً للمرضى الذين يعانون من الأرق بسبب انقطاع التنفس أثناء النوم مثلاً ، ففي حالات الأرق المرضى فإن الهدف من العلاج ليس عدم النوم في حد ذاته بل الاضطراب الأساسي أولاً والذي قد يؤدي إلى التخلص من الأرق ضمناً .

العوامل التي تؤثر في بداية حدوث واستمرار اضطرابات النوم في الطفولة والمراهقة :

هناك العديد من العوامل التي ربما تحفز أو تحافظ على استمرار اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين ، وتتضمن هذه العوامل ردود أفعال الوالدين ، وقضايا التعلق ، والمعايير الثقافية وضغوط الحياة ، فالأحداث الحياتية الضاغطة Stressful Life Events ربما تخلق مستويات قلق يمكن أن تعكر أو تربك بداية حدوث النوم ، كما أن الانتقال من المسكن إلى مسكن آخر وكذلك التغيرات المدرسية مثل تغيير الصف أو المدرسة بمدرسة أخرى ، وعدم التوافق الزوجي بين الوالدين ، والطلاق ، والإيذاء البدني أو الجنسي ، ووفاة أحد أفراد العائلة ، وميلاد شقيق أو شقيقة جديدة



## اضطرابات النوم الأولية

كلها أمثلة على منغصات الحياة التي يمكن أن تؤثر على النوم لدى الأطفال والمراهقين (فيربر Ferber ، 1987 ، 169) .

وأحياناً يعاني الأطفال من صعوبة النوم بعيداً عن والديهم نظراً لفصلهم في الانفصال عن أمهاتهم ، وإذا لم يحدد الوالدان بوضوح الحدود المرتبطة بالنوم المشترك فإن ذلك ربما يزيد من النوم المضطرب والضيق أو الكرب المتزايد لدى الوالدين ( إليس Ellis ، 1991 ؛ بنويت وآخرون Benoit et al. ، 1992 ) .

كما أن الحالات المرضية مثل الربو Asthma ، ونقص الانتباه ، والنشاط الزائد ، والصرع Epilepsy ، والتخلف العقلي ، والألم المزمن والحمى والمشكلات المعوية والمعدية وتناول الأدوية سواء بتذكرة طبية أو بدون تذكرة طبية ربما تؤدي إلى حدوث مشكلات النوم وقد تستمر هذه المشكلات فيما بعد نتيجة هذه المؤثرات (فيربر Ferber ، 1987 ، 143) ، كما أن الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية والميول الوسواسية القهرية ترتبط باضطرابات النوم إلى حد كبير لدى الأطفال والمراهقين (كاليس وآخرون Kales et al. ، 1980 ، 1913) .

## ٢- الإفراط في النوم الأولى Primary Hypersomnia

يعنى الإفراط في النوم زيادة عدد ساعات النوم عن معدلها الطبيعي بالنسبة لعمر الفرد أو تعرضه طوال اليوم لهجمات من النوم لا يمكن مقاومتها ، أو الرغبة التي لا تقاوم للنوم وفي هذه الحالة يصعب على الفرد

## اضطرابات النوم الأولية

أن يستيقظ بشكل تلقائي ( حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ،  
١٢٣ ) .

ويعرف جمعة يوسف ( ٢٠٠٠ ، ١٤٨ - ١٤٩ ) الإفراط في النوم أو فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم ، أو هو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة ، والنوم المفرط هو نقيض الأرق وقد يأتي في نوبة واحدة طويلة وقد يأتي على أكثر من فترة في اليوم الواحد .

ويظهر الإفراط في النوم الأولى من خلال النعاس الزائد عن الحد أثناء النهار لمدة شهر على الأقل ، والأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب تظهر عليهم علامات النوم المفرط أو الزائد عن الحد ويكون انتباههم وتركيزهم ضعيفاً ، إلى جانب ضعف الأداء المدرسي ، وعدم القدرة على الشعور بالنوم المنعش أو المجدد للطاقة ، ولكي يتم التعرف على اضطراب فرط النوم يجب أن نستبعد الأرق ، وتوقف التنفس أثناء النوم أو أى أسباب أخرى للنعاس أثناء النهار ( جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٢ ) .

والإفراط في النوم يكون مقلقاً جداً للفرد الذى يعاني منه لنتائجه الخطيرة التى تتمثل فى التعرض لحوادث القيادة عند السير لمسافات طويلة، أو التعامل مع مواد خطيرة مثل الكهربائيون أو الذين يتعاملون مع الآلات ، كما أن التلاميذ الذين يعانون من الإفراط في النوم يكون أداؤهم رديئاً في المدرسة ، وذلك بسبب الصعوبة في الانتباه وعدم القدرة على التركيز .

## اضطرابات النوم الأولية

وتلعب العوامل الوراثية دوراً كبيراً فى حدوث هذا الاضطراب ؛ حيث وجد أن ٣٩ % من الأفراد الذين يعانون من الإفراط فى النوم لديهم تاريخ عائلى لهذا الاضطراب ( باركس وبلوك Parks & Block ، ١٩٨٩ ، ١٠٢ ) ، كما أن زيادة إفراز السيروتونين ( \* ) Serotonin تم تضمينه على أنه أحد التأثيرات ( أنك وآخرون Anch et al. ، ١٩٨٨ ، ٢٩ ) ، والإفراط فى النوم الأولى نادر الحدوث فى الأطفال ؛ حيث تقدر معدلات الانتشار بين ٠,٠٣% - ٠,١٦% من العينة السكانية ( جوليمينالت Guillemainault ، ١٩٨٧ ، ٢٤٤ ) ، وبداية الحدوث نادراً ما تكون قبل سن البلوغ على الرغم من أن علامات النوم الزائد عن الحد Excessive Sleepiness تحدث فقط لدى الكبار الذين يعانون من نوبات النوم المفاجئة وهذا يعنى وجود دليل وراثى لهذه الاضطرابات .

ويتميز النوم فى حالة الإفراط فى النوم الأولى بأنه مستمر ولكنه يكون غير مريح ، ويلاحظ أن الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يدخلون فى النوم سريعاً ولديهم كفاية من النوم ، ولكنهم

( \* ) أحد الناقلات العصبية من مجموعة الأمينات الأحادية Monoamines يتم تخليقه فى جسم الإنسان من الحامض الأمينى تريبتوفان Tryptophan الموجود فى الغذاء ، والتريبتوفان حمض أمينى يتواجد بصورة طبيعية فى الغذاء ، وهو واحد من ٢٥ حمض أمينى موجود فى الطعام ، ويوجد فى كثير من الأطعمة مثل الحليب ، واللحم ، والسّمك ، والدواجن ، والبيض ، والبقوليات ، والمكسرات ، والخضروات الطازجة اللينة ، وهو أحد أسباب شعور الفرد بالنعاس بعد تناول وجبة دسمة من اللحوم ، والتريبتوفان مهم للنوم لأنه المادة الخام التى يصنع منها المخ المُوصل العصبى الكيمايى السيروتونين ، وإحدى وظائف السيروتونين هى إبطاء النشاط العصبى ؛ لذلك يحدث النوم .

## اضطرابات النوم الأولية

يعانون من صعوبة الاستيقاظ فى الصباح ويظهرون فى بعض الأحيان تشويشاً وسلوكاً عدوانياً ، أو اختلالات حركية ويشار إلى هذا الاختلال فى اليقظة أو فى الانتقال من حالة النوم إلى حالة اليقظة باسم ثمالة النوم أو سكرة النوم Sleep Drunkenness ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٠ ) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) فإن المحكات التشخيصية للإفراط فى النوم تتمثل فى :

١- الشكوى المستمرة من النوم المفرط لمدة شهر على الأقل ( أو أقل من شهر إذا كان النوم المفرط متواتراً ومتكرراً ) ، ويأخذ النوم المفرط شكل نوبات ممتدة أو طويلة ، أو نوبات من النوم النهارى التى تحدث يومياً .

٢- يسبب فرط النوم كرباً أو خللاً كLINIKIYاً دالاً فى الأداء الاجتماعى والمهنى والمجالات الوظيفية الأخرى .

٣- ألا يحدث هذا الاضطراب أثناء وجود اضطرابات أخرى للنوم مثل غفوات النوم المفاجئة ، واضطراب النوم المرتبط بالتنفس ، واضطراب مواعيد النوم واليقظة ، أو اضطرابات النوم الثانوية أو مخلات النوم .

٤- أن لا يحدث الاضطراب بصورة منفردة خلال وجود اضطراب عقلى آخر .

٥- لا يرجع هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية نتيجة لتعاطى المخدرات أو العقاقير الطبية أو أى ظروف طبية عامة ( الجمعية

الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association  
( ١٩٩٤ ، ٥٦٢ ) .

ويصعب تقدير الإفراط فى النوم لأنه ربما يفسر على أنه يحدث نتيجة لاضطرابات أخرى فى النوم مثل اضطرابات النوم الثانوية ( مُخَلات النوم ) Parasomnias أو الأرق Insomnia ، كما أن التمييز أو التفريق بين الإفراط فى النوم ونوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم Narcolepsy ربما يكون صعباً وخاصة فى الحالات التى لا تكون فيها الأعراض المرضية حادة فمثلاً نوبات النوم المفاجئة فى المرحلة المبكرة التى لا تتضح فيها الأعراض المرضية المميزة تشبه الإفراط فى النوم ، وتتضمن الأعراض المرضية للإفراط فى النوم حدوث النوم الزائد عن الحد خلال النهار Excessive Daytime Sleepiness ، ونقص الانتباه ، والأداء السيئ فى المدرسة ، وسكرة أو دوار النوم Sleep Drunkenness ، وفترات القيلولة المتكررة غير المنعشة أو غير المجددة للنشاط ( شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ب ، ٩٥ ) .

والوقت الكلى للنوم الذى يزيد على ساعتين فوق المتوسط بالنسبة للعمر الزمنى للطفل يعتبر دالاً من الناحية الكلينية ، والجدول التالى يوضح متوسط أوقات النوم خلال ٢٤ ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة .

جدول ( ١ )

متوسط أوقات النوم خلال ٢٤ ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة

العمر الزمني	ساعات النوم
أسبوع	١٦,٥
شهر	١٥,٥
ثلاثة شهور	١٥
ست شهور	١٤,١٥
سنة	١٣,٤٥
سنتان	١٣
٥ سنوات	١١
١٠ سنوات	٩,٤٥
١٦ سنة	٨,٣٠

( المصدر : فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ، أ ، ١٩ )

والنوم الزائد عن الحد يحدث بدون الأعراض المرضية لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم التي تتمثل في : الانهيار العضلي أو الضعف المفاجئ في العضلات Cataplexy ، والشلل النومي Sleep Paralysis ، والهلوسات أثناء النوم Hypnagogic Hallucinations ، ونوبات أو هجمات النوم Sleep Attacks على الرغم من وجود فترات لنوم ضئيل جداً Micro Sleeps وهي عبارة عن فترات من النوم تصل إلى ٣٠ ثانية يكون خلالها المثير

الخارجى غير مدرك ، ولكن جهاز ملاحظة النوم فى المعمل وهو ما يعرف باسم جهاز وصف أو تخطيط النوم Polysomnography يستطيع تسجيلها ؛ حيث يكتشف فترات النوم لأقل من ٣٠ ثانية حتى سبع دقائق ، والتقييم الطبى لوظيفة الجهاز العصبى المركزى يعتبر ضرورياً وينبغى أن يتضمن التقدير أيضاً الجوانب المتعلقة بالعدوى لبعض الأمراض ، والإصابة فى الرأس ، وجوانب الضعف العصبية الأخرى ، واستخدام الأدوية وذلك لأن هذه الحالات ترتبط أحياناً بالنوم الزائد عن الحد خلال النهار (شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ، ٩٢ - ٩٣ ) .

### ٣- نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم ) Narcolepsy

شكل من أشكال النوم ينتاب المريض فجأة ولا يستطيع مقاومته ، ويحدث فى أى وقت ولاسيما فى الظروف التى تبعث على النوم كالهذوء ، وقد تحدث هذه النوبات فى أخرج اللحظات كأثناء الأكل ، أو أثناء ركوب دراجة أو سيارة أو حتى أثناء الاتصال الجنسى وتستمر هذه الحالة لبضع ثوان وقد تمتد لدقيقة أو عدة دقائق قليلة ثم يفيق الفرد ، وإذا كانت الظروف مواتية يدخل الفرد فى نوم عادى ( سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ ، ٢٧٨ ) .

ويشير هذا الاضطراب إلى زملة من الأعراض المرضية تتضمن النوم الزائد عن الحد أثناء النهار ، ونوبات أو هجمات النوم ، والانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات ، والشلل النومى ، وهلاوس النوم وهى عبارة عن اضطرابات فى

الإدراك البصرى أو السمعى تحدث فى بداية حدوث أو انتهاء فترة النوم على سبيل المثال الطفل الذى يكون متيقظاً ولكنه يرى وحوشاً أو يسمع وقع أقدام أو تكسير الزجاج ( جوليمينالت ، Guilleminault ، ١٩٨٧ ب ، ١٨٤ ) .

ويلاحظ أن هذه النوبات قد تتكرر عدة مرات فى اليوم ، وتكون مصحوبة بأعراض معينة منها الضعف المفاجئ فى العضلات فجأة مما يوقع الفرد أرضاً بسرعة ، ومنهم من يشعر بشلل الحركة عند الاستيقاظ من نوبة النوم ، ومنهم من يعانى من أحلام وهلاوس خلال فترة النوم القصيرة التى إما تقع خلال فترة النوم الحالم أو خلال فترة النوم الهادئ ( على كمال ، ١٩٨٩ ، ١٩٨ ) .

ومتوسط كمون النوم لأقل من خمس دقائق أو دقيقتين أو أكثر لفترات حدوث أو بداية نوم حركات العين السريعة Sleep Onset ( SOREMPs ) Rapid Eye Movements Periods يوضح احتمال وجود نوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم ، ووجود اثنتان أو أكثر لفترات حدوث أو بداية نوم حركات العين السريعة يعتبر مؤشراً للأعراض أو العلامات المميزة لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم ويفيد جهاز وصف أو تخطيط النوم فى تسجيل نوم حركات العين السريعة ، ونادراً ما يتم رؤية نوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم قبل مرحلة المراهقة لأن نوم القيلولة لا يعتبر مزعجاً أو مسبباً للضيق فى مرحلة الطفولة ، وتكون فترات نوم القيلولة Daytime Naps منعشة ومجددة للنشاط ويعقبها عادة مدة تتراوح من ساعتين إلى أربع ساعات يتسم سلوك الفرد فيها بالتيقظ والانتباه قبل



اضطرابات النوم الأولية

أن يحدث أو يبدأ النوم من جديد ( الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٢ ، ٢٧٠ ) .

و يساعد نوم القيلولة على زيادة إنتاجية الفرد ويحسن قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين ، والقيلولة التي تتراوح مدتها من ١٠ - ٤٠ دقيقة وليس أكثر تكسب الجسم الراحة الكافية وتقضى على هرمونات القلق والتوتر المرتفعة فى الدم نتيجة النشاط البدنى والذهنى الذى بذله الإنسان فى بداية اليوم ، كما أن القيلولة التى لا تزيد مدتها على ٤٠ دقيقة لا تؤثر على النوم فى الليل أما إذا زادت عن ذلك فإنها تسبب فقدان الجسم لتوازنه الطبيعى بين الليل والنهار ومن ثم يواجه الفرد صعوبة كبيرة فى الاستيقاظ ويعانى من مزاج سئ ومزعج طوال الوقت ( كاراكان وهويل Karacan & Howell ، ١٩٨٨ ، ٩٦ ) .

وينبغى تقدير التاريخ الأسرى أو العائلى للفرد ؛ حيث وجد أن غفوات النوم المفاجئة ترتبط بمضاد كرات الدم البيضاء Human Leukocyte Antigen ( هوندا وآخرون Honda et al. ، ١٩٨٣ ، ٢٥٤ ) .

وهذا يعنى أن الوراثة تلعب دوراً هاماً فى حدوث غفوات النوم ويؤكد ذلك نتائج عدد من الدراسات التى أوضحت انتشار هذا الاضطراب لدى عائلات الشخص المصاب به ، كما أن الضغوط النفسية والاجتماعية والتغيرات الحادة فى جدول النوم واليقظة تسبق حدوث اضطراب غفوات

النوم المفاجئة لدى نصف الحالات ، وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار غفوات النوم المفاجئة تتراوح بين ٠,٠٢% - ٠,١٦% لدى الراشدين ويتساوى معدل الانتشار بين الذكور والإناث ، ويلاحظ أن حوالي ٥% - ١٥% من أقارب الدرجة الأولى للمصابين بهذا الاضطراب يعانون منه ، كما أن ٢٥% - ٥٠% من أقارب الدرجة الأولى للمصابين باضطراب غفوات النوم المفاجئة لديهم اضطرابات أخرى تتميز بالإفراط فى النوم ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٣ - ١٥٤ ) .

والأفراد الذين يعانون من نوبات النوم المفاجئة يعانون أيضاً من الانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات ، ويحدث ذلك أثناء استيقاظ الشخص وتتراوح شدته من الضعف الخفيف فى عضلات الوجه إلى الانهيار البدنى الكامل ويستمر أو يدوم من عدة ثوانى إلى عدة دقائق يسبقه انفعال شديد مثل الغضب أو السعادة ( الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم ، American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٠ ، فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ب ) .

وهناك سمتان تميزان الأفراد الذين يعانون من الانهيار العضلى :

• السمة الأولى :  
أنهم يذكرون عادة وجود شلل النوم وهو عبارة عن فترة من الوقت بعد الاستيقاظ من النوم لا يستطيع الفرد فيها أن يتحرك أو يتكلم وهذا الأمر يسبب الخوف والهلع لمن يمر بهذه التجربة .

• السمة الثانية :

هى هلاوس النوم وهى صور حية تبدأ فى بداية النوم وتكون واقعية أو حقيقية بدرجة لا يمكن تصديقها لأنها لا تتضمن فقط جوانب حسية ولكنها

تتضمن أيضاً جوانب ملموسة أو محسوسة ومسموعة ، وهذه الهلوس تكون مرعبة جداً ويمكن أن تشتمل على وهم حى بأن الفرد تشتعل فيه النار أو يحرق بالنار أو أنه يطير فى الهواء ( هايبورى وويسبى Hauri & Wisbey ، ١٩٩٢ ، ٢٩٧ ) .

وتحدث غفوات النوم المفاجئة بنسبة ٠,٠٣% - ٠,١٦% من العينة السكانية ، ونسبة إصابة الذكور والإناث واحدة تقريباً ، والمشكلات التى تتعلق بغفوات النوم المفاجئة يتم رؤيتها لأول مرة أثناء سنوات المراهقة ، ولحسن الحظ فإن الانهيار العضلى ، وهلاوس النوم ، وشلل النوم يقل تكرار حدوثهم بمرور الوقت بينما غفوات النوم المفاجئة لا تتضاءل أو تقل مع تقدم السن ( هايبورى Hauri ، ١٩٩٧ ، ١١١٢ ) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) فإن المحكات التشخيصية لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم تتمثل فى :

١- نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يومياً على مدى ثلاث شهور على الأقل .

٢- وجود أحد العرضين التالين أو كليهما :

أ- الانهيار العضلى المرتبط غالباً بالانفعالات الشديدة .

ب- استمرار أو تكرار حركة العين السريعة ( REM ) فى

نوبات متكررة تكون مليئة بالأحلام ويفهمها الشخص على

أنها هلاوس الدخول فى النوم أو الهلاوس المصاحبة

للاستيقاظ كما يصاحب ذلك شلل النوم فى بداية ونهاية  
النوبات .

٣- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة  
الناجمة عن تعاطى المخدرات أو العلاج بالأدوية  
النفسية أو أى حالة طبية عامة أخرى ( الجمعية الأمريكية  
للطب النفسى American Psychiatric Association ،  
١٩٩٤ ، ٥٦٧ ) .

٤- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس :

### Breathing-Related Sleep Disorder

يتميز هذا الاضطراب بنوبات من توقف التنفس المؤقت الذى يستمر  
لمدة عشر ثوانى أو أكثر أثناء النوم ، وقد لا يكون المصاب على علم  
بوجودها ، إلا أنه يشعر بحاجة ماسة إلى النوم أثناء النهار مع ضعف فى  
الذاكرة والتركيز ، وقد يؤدي ذلك إلى إعاقة الفرد فى عمله أو حياته  
الاجتماعية ، وقد تؤدي الحالات الشديدة إلى ارتفاع ضغط الدم ، واسترخاء  
القلب ، وجلطة فى القلب أو فى الدماغ ( حسان شمسى باشا ، ١٩٩٣ ،  
١٣٦ ) .

والأفراد الذين ينقطع تنفسهم أثناء النوم يمرون بفترات يقظة أو  
استيقاظ متعددة خلال الليل ، وعلى الرغم من أنهم ينامون ثمان أو تسع  
ساعات إلا أنهم لا يشعرون بالراحة أو الانتعاش عند الاستيقاظ ، والشخص  
الذى يعانى من توقف التنفس يكف عن التنفس لفترة قصيرة حوالى ٣٠ إلى  
٥٠ مرة كل ليلة ، والتوقف عن التنفس لا يسبب اضطراب النوم فحسب بل

إنه يضع حملاً ثقيلاً على القلب وشبكة الأوعية الدموية ، كما أن الشخص الذى يعانى من هذه الحالة هو أكثر عرضة من الآخرين بثلاث مرات للإصابة بالنوبة الدماغية وثلاث مرات بالأزمة القلبية ومرتين بارتفاع ضغط الدم كما أن هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للموت المفاجئ ( بوتزين وآخرون ، Bootzin et al. ، ١٩٩٣ ، ٥٤٢ ) .

وبالنسبة لنا جميعاً فإن عضلات الممر الهوائى العلوى تسترخى أثناء النوم مما يساعد على مرور الهواء ويجعل التنفس طبيعياً ، ولسوء الحظ فإن الممرات الهوائية عند بعض الأفراد تكون ضيقة بدرجة كبيرة مما يسبب صعوبة فى التنفس أثناء النوم ، وفى بعض الأحيان قد تتوقف عملية التنفس لفترات قصيرة تتراوح بين ١٠ - ٣٠ ثانية ويطلق على هذه الظاهرة انحباس أو توقف التنفس أثناء النوم Sleep Apnea والفرد الذى يعانى من هذه المشكلة يشعر بها أو يكون واعياً بحدوثها كما أنه يصدر شخيراً عالياً أثناء نومه يكون أشبه بخوار الثور ، وهناك علامات أخرى تتمثل فى العرق الغزير أثناء الليل ، والصداع فى الصباح وحدث نوبات من النوم أثناء النهار لا تؤدي إلى الشعور بالراحة أو الانتعاش ( هايورى Hauri ، ١٩٩١ ، ٧١ - ٧٢ ) .

وتوجد ثلاثة أنواع لانقطاع التنفس أثناء النوم هى انقطاع التنفس الانقباضى أو الإنسدادي ( OSA ) Obstructive Sleep Apnea ، وانقطاع التنفس الرئيسى ( CSA ) Central Sleep Apnea ، وانقطاع التنفس المختلط ( MSA ) Mixed Sleep Apnea وكل نوع من هذه الأنواع الثلاثة له أسباب مختلفة ، وشكاوى مختلفة أثناء النهار وطرق علاج مختلفة ،

ويحدث النوع الأول وهو توقف أو انقطاع التنفس الانقباضى أو الانسدادي عندما يتوقف تدفق الهواء إلى الجهاز التنفسي ، ففي بعض الأفراد يكون ممر الهواء العلوى ضيقاً أكثر من اللازم مما يعوق تدفق الهواء إلى الجهاز التنفسي ، وهؤلاء الأفراد يشخرون أثناء نومهم ( جوليمينالت Guilleminault ، ١٩٨٩ ، ٥٥٦ ) ، وتسبب السمنة أحياناً هذه المشكلة وهذا النوع شائعاً بدرجة أكبر لدى الذكور ، ويعتقد أنه يحدث لدى ١% إلى ٢% من العينة السكانية ( الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٠ ، ٤٠٦ ) ، وأهم ما يميز النوع الثانى وهو انقطاع التنفس الرئيسى هو التوقف الكامل للنشاط التنفسي لفترات وجيزة من الوقت ، كما أنه يرتبط باضطرابات معينة فى الجهاز العصبى المركزى مثل مرض الأوعية الدموية الدماغية وحدوث إصابات بالرأس ( ووتن Wooten ، ١٩٩٠ ، ٤٦٨ ) ، وعلى عكس الأفراد الذين لديهم توقف التنفس من النوع الانقباضى أو الانسدادي فإن الأفراد الذين يعانون من انقطاع التنفس الرئيسى يستيقظون من وقت إلى آخر أثناء الليل ولكنهم لا يميلون إلى النوم الزائد أثناء النهار ، وهؤلاء الأفراد لا يكونون على وعى أو إدراك بأن لديهم مشكلة خطيرة تتعلق بالتنفس ، وبسبب نقص أو قلة الأعراض المرضية التى تحدث أثناء النهار فإن هؤلاء الأفراد لا يميلون إلى السعى إلى العلاج ، ولهذا فإننا نعرف القليل نسبياً عن انتشار أو سير هذا الاضطراب أو تطوره ، والنوع الثالث هو توقف التنفس المختلط أثناء النوم بمعنى أنه يجمع بين سمات أو خصائص النوعين السابقين ، ومما يجب التأكيد عليه أن مصاعب التنفس التى تحدث أثناء النوم تعوق النوم أو تسبب أعراضاً مرضية مشابهة لأعراض الأرق ( بارلو وديوراندي

## اضطرابات النوم الأولية

Barlow & Durand (١٩٩٩ ، ٢٥٤ ) ، ويتم تقدير مشكلات النوم المرتبطة بعملية التنفس عن طريق جهاز وصف أو تخطيط النوم الليلي Nocturnal Polysmnoigraphy ، وأثناء عملية التقدير هذه يتم الانتباه بدرجة خاصة للأداء الوظيفي للقلب ، ومقدار التغير في التنفس مثل تدفق الهواء الأنفي والفمى ، ونسبة تشبع الدم الشرياني بالأكسجين ، والتوقفات التنفسية .

وأثناء فترات التوقف عن التنفس يختلف معدل ضربات القلب ، ويكون توقف التنفس الرئيسى أثناء النوم لا عرضى أى لا تبدو له أعراض فيما عدا فترات الاستيقاظ التى يكون فيها الطفل خائفاً بسبب الشعور بالاختناق وعدم القدرة على التقاط أنفاسه ، والأعراض المرضية الشائعة لانقطاع أو توقف التنفس الانسدادى أثناء النوم تتضمن النوم الليلي القلق أو غير المريح Nocturnal Restless ، والجلوس أثناء النوم بطريقة غير عادية ، والشخير Snoring والنخير كالحصان Snorts ، وحالات الصداع فى الصباح ، وصعوبة التنفس أثناء النهار ، والتنفس عن طريق الفم وما يعقبه من جفاف فى الحلق ، والنوم الزائد عن الحد خلال النهار ، والأطفال الذين يعانون من انقطاع التنفس أثناء النوم يظهر عليهم غالباً علامات الارتباك وضعف الذاكرة والحكم الرديئ على الأشياء وخاصة فى الصباح ، وأوجه السلوك المصاحبة الأخرى تشمل على صعوبة فى إخراج الكلام ، وسلس البول أو التبول اللاإرادى الليلي Nocturnal Enuresis ، والنشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والحركات العصبية التى تدل على التلملم والضجر ، والخجل المرضى ، ويرتبط انقطاع أو توقف التنفس أثناء النوم غالباً بالسمنة المرضية وحساسية التنفس ، وتضخم اللوزتين ، والتشوهات

الأخرى فى الأنسجة الناعمة للحلق ، وقد تزداد حدة الأعراض بتناول المشروبات الكحولية ، وقضاء وقت طويل فى الأماكن المرتفعة ، والإصابة بالحساسية ، وإذا لم يعالج هذا الاضطراب قد يؤدي إلى التوتر الزائد Hypertension ، وعدم انتظام ضربات القلب والوفاة المفاجئة للطفل ( جوليمينالت ، ١٩٨٧ ج ، ٢١٦ - ٢١٨ ) .

وهكذا ؛ يعتبر توقف التنفس أثناء النوم أو ما يسمى بخناق النوم من المشكلات الصحية الخطيرة التى تصيب أعداداً كبيرة من الأشخاص خصوصاً البدينين منهم ، ويؤدى هذا الاضطراب لحدوث مضاعفات خطيرة منها الموت المفاجئ ، وارتفاع ضغط الدم ، والإغماء ، والاضطرابات القلبية والتنفسية ، والإغماء ، والضعف الجنسي ، والصداع المزمن .

ويقدر انتشار هذا الاضطراب بحوالى ١ % - ١٠ % من جمهور الراشدين ولكنه يزداد لدى الأفراد الأكبر سناً ، أما لدى الأطفال الصغار فإن الأعراض الدالة عليه تكون قليلة وغير واضحة وبالتالي فإن التشخيص يكون أكثر صعوبة ، ويكثر الاختناق الانسدادي لدى الذكور فى منتصف العمر ، وخاصة ذوى الوزن الزائد ، والأطفال فى مرحلة ما قبل البلوغ ( فترة الطفولة المتأخرة ) الذين لديهم تضخم فى اللوزتين ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٦ - ١٥٧ ) ، والدراسات الحديثة أوضحت أن نسبة انتشار هذا الاضطراب أكبر بكثير مما كان متوقعاً إذ تقدر الإصابات بين متوسطى الأعمار من الرجال بـ ٤ % وفى النساء بـ ٢ % وتزداد هذه النسبة فى بعض فئات المجتمع ؛ حيث بلغت إحصائيات هذا



الاضطراب بين سائقي الشاحنات في بعض الدول إلى نسبة مهولة تصل إلى ٤٦ % ، والحوادث المميتة للسيارات وكافة وسائل النقل الأخرى قد تكون بسبب هذا الاضطراب ( جوليمينault ، ١٩٨٧ ج ، ٢١٩ ) .

وعلى الرغم من خطورة هذا الاضطراب على الفرد والمجتمع على حد سواء إلا أن التشخيص الصحيح لا يتم في أغلب الحالات إلا بعد أن يتقدم الاضطراب كثيراً أو يصبح مزمناً ، وتقدر نسبة الحالات التي يتم التعرف عليها طيباً فقط من ٥ % - ١٠ % من إجمالي الحالات ، ويعود السبب في ذلك إلى طبيعة المرض التدريجية بحيث لا يشعر المريض بما يحدث له ، ومن الطريف أنه في أحيان كثيرة تبدأ الشكوى من أقارب المريض أو الزوجة أو الزوج أو الأبناء المقيمين في نفس المنزل وليس من المريض نفسه ، وربما يرجع السبب الرئيسي أيضاً إلى عدم إلمام الأطباء بهذه المشكلة حيث يعالج المريض من الأعراض المصاحبة للاضطراب كصعوبة التنفس ، وارتفاع ضغط الدم ، والضعف الجنسي ، ويقوم الطبيب بعلاج كل عرض على حدة أو بمفرده ولكن الصورة العامة للاضطراب ككل تغيب عن ذهن الطبيب المعالج ، فيظل المريض يتردد على العيادات المختلفة لمدة تصل إلى سنوات قبل أن يتم التوصل إلى المشكلة الأساسية أو الاضطراب الأساسي ( بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٤ ) .

وتوقف التنفس أثناء النوم تكون له نتيجتان مختلفتان :  
الأولى : هي شعور المريض بالحاجة إلى النوم ، والنعاس أثناء النهار وبدرجة مزعجة حتى أنه يحتاج إلى مشورة الطبيب .

الثانية : وهي الأكثر خطورة وتتمثل في أن نسبة الأكسجين في الدم تهبط أثناء فترة توقف التنفس ، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث عدم الانتظام في إيقاع القلب مما يكون عاملاً مسبباً لحالات الموت المفاجئ في الأطفال الرضع ، ويطلق عليها زملة وفاة الطفل الفجائية أو موت المهده ، حيث يفاجأ الوالدان بعد وضع طفلهما في مهده في حالة صحية ممتازة بوفاته أثناء النوم ( سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ ؛ أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ) .

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب النوم المرتبط بالتنفس تتمثل في :

١- انقطاع أو تشوش في النوم يؤدي إلى فرط النوم أو إلى الأرق ، ويرجع هذا الانقطاع في النوم إلى حالة التنفس المرتبطة بالنوم مثل زملة الاختناق الانسدادي أو الاتقباضي Obstructive Sleep Apnea Syndrome ، أو زملة الاختناق الرئيسي Central Sleep Apnea Syndrome أو زملة الاختناق المختلطة Mixed Sleep Apnea Syndrome .

٢- لا يفسر هذا الاضطراب بواسطة اضطراب نفسي آخر ، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المرتبطة بتعاطي المخدرات أو

التداوى بالعقاقير الطبية أو أى حالة طبية عامة غير الاضطراب المرتبط بالتنفس ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٧٣ ) .

#### ٥- اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

يعرف اضطراب مواعيد النوم واليقظة Circadian Rhythm Sleep Disorder بأنه فقدان التزامن بين برنامج الفرد فى النوم واليقظة ، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل المحيطين بالفرد مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم ( أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١١ ) .

وأطلق على هذا الاضطراب قبل ذلك مصطلح اضطراب اليقظة والنوم Sleep Wake Disorder فالإيقاع اليومى لليقظة والنوم هو عملية بيولوجية تحدث بانتظام فى دورة تستغرق ٢٤ ساعة ، وهذا الاضطراب يتم التعرف عليه من خلال نمط متكرر للنوم المقلق أو المضطرب الناتج عن عدم التطابق بين مواعيد اليقظة ومواعيد النوم وبين متطلبات البيئة ، وغالباً ما يتأوب هذا الاضطراب بين الأرق والنوم الزائد عن الحد أو النوم المفرط على الرغم من أن الوقت الإجمالى للنوم يكون داخل الحدود الطبيعية أو العادية ، وينشأ هذا الاضطراب بسبب التعب أو الإرهاق الناتج عن السفر الطويل بالطائرة أو تبديل دورية العمل المتبع فيها نظام زمنى مألوف إلى نظام آخر وكذلك اضطراب الفرد لتبديل مواعيد نومه باستمرار .

اضطرابات النوم الأولية  
ويستخدم الأفراد القافية التالية " قدم الساعة إلى الأمام فى الربيع  
ورجعها أو أخرها فى فصل الخريف " لتذكركم بأن يقدموا الوقت ساعة  
واحدة فى فصل الربيع ويؤخرونه مرة أخرى بمقدار ساعة فى فصل  
الخريف ، وهذا التغيير فى الوقت يسبب الارتباك والاضطراب على الأقل  
لمدة يوم أو يومين يشعر فيهما الفرد بالرغبة فى النوم أثناء النهار ، ويعانى  
من صعوبة الخلود إلى النوم أثناء الليل إلى جانب الشعور بالإرهاق الشديد ،  
وسبب هذا الاضطراب ليس مجرد أننا اكتسبنا أو خسرنا ساعة واحدة من  
النوم فأجسامنا تتكيف مع هذا الأمر بسهولة ، ولكن الصعوبة تتعلق بكيفية  
تكيف ساعاتنا البيولوجية لهذا التغيير فى الوقت ، فالأسلوب العادى أو  
التقليدى فى التفكير والسلوك يقول أننا يجب أن نذهب إلى الفراش فى هذا  
الوقت مثلاً ولكن أمأخنا تقول شيئاً مختلفاً ، وإذا استمر هذا الصراع لفترة  
طويلة من الوقت يؤدي ذلك إلى اضطراب مواعيد النوم واليقظة أو  
اضطراب دورية النوم ، وأهم ما يميز هذا الاضطراب النوم المقلق أو  
المزعج إما أرق أثناء الليل أو نوم زائد عن الحد الطبيعى أثناء النهار  
ويحدث ذلك نتيجة عدم قدرة المخ على أن يزامن أو يطابق أنماطه فى النوم  
مع الأنماط الجديدة للنهار والليل ، ولحسن الحظ فإن أمأخنا تحتوى على  
ميكانيزم يجعلها على اتصال أو تزامن مع العالم الخارجى فالضوء الشديد  
الذى نراه فى الصباح ، والضوء المنخفض فى الليل يرسل إشارة إلى المخ  
تقوم بضبط الساعة البيولوجية كل يوم .

وتوجد أنواع متعددة ومختلفة لاضطراب مواعيد النوم واليقظة فالأفراد  
الذين يسافرون بالطائرة لمسافات طويلة يجدون صعوبة فى الخلود إلى النوم  
فى الوقت المحدد ويشعرون بالتعب والإرهاق أثناء النهار كما أن الأشخاص

الكبار أو المسنين والذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية والذين يستيقظون من النوم في وقت مبكر ( الناس الصباحيون ) يتأثرون بطريقة سلبية بالتغير الزمني ( جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٥ ) ، كما أن هناك مشكلات في النوم تنتج عن العمل بنظام الورديات فكثير من الناس مثل الموظفين بالمستشفيات والشرطة وشركات الإنتاج أو المصانع وكذلك الأفراد الذين يعملون ليلاً ، والأفراد الذين يعملون في أوقات غير منتظمة يعانون من مشكلات تتعلق بعملية النوم أو النوم المفرط والنعاس الزائد عن الحد أثناء ساعات الاستيقاظ ، وقد تتعدى أو تتجاوز هذه المشكلات حدود مشكلات النوم وتتضمن أعراض مرضية جسمية ، وزيادة احتمال سوء استخدام المشروبات الكحولية ، وانخفاض الروح المعنوية ، واضطراب الحياة الأسرية والاجتماعية ومشاعر الاكتئاب ( بوفين وآخرون Boivin et al. ، ١٩٩٧ ، ١٤٩ ) .

وأشارت نتائج عديد من البحوث أن الأفراد الذين لديهم اضطراب يتعلق بمواعيد النوم واليقظة يكونون معرضين للخطر بدرجة كبيرة من جراء أن يحدث لهم اضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية ( داجان وآخرون Dagan et al. ، ١٩٩٦ ، ٣٦٠ ) .

وهذا الاضطراب شائع ومنتشر بين الأطفال والمراهقين إلا أن الانتشار الحقيقي لهذا الاضطراب غير معروف وذلك لأن الأعراض المرضية لهذا الاضطراب تتداخل مع الأعراض المرضية لكل من الأرق والإفراط في النوم ، وفي الأطفال تكون مرتبطة غالباً بالمصاعب التي يضعها الوالدان بينما في المراهقين تنشأ عندما تؤدي

الأنشطة الاجتماعية والمدرسية إلى تأخير وقت النوم ( فيربر  
، Ferber ، ١٩٨٧ ، ١٧٠ ) .

وحوالي ٣٦ % من الذكور العاملين ، ٢٦ % من الإناث العاملات في  
الولايات المتحدة الأمريكية يعملون في أوقات بخلاف الفترة النمطية من  
التاسعة صباحاً حتى الخامسة مساءً ، ولهذا فإنهم يقعون تحت خطر  
المشكلات المتعلقة بالنوم التي تنتج عن التغيير في وريديات العمل ( شيسلر  
وآلان ، Czeisler & Allan ، ١٩٨٩ ، ١١١ ) .

ويعتقد العلماء أن هرمون الميلاتونين Melatonin يساهم في تحديد  
ضبط ساعاتنا البيولوجية التي تخبرنا بميعاد النوم ، وهذا الهرمون يُنتج أو  
يفرز بواسطة الغدة الصنوبرية Pineal Gland التي تقع في وسط المخ ولا  
ينبغي الخلط بين الميلاتونين والميلانين Melanin أو الصبغة السوداء التي  
تحدد لون الجلد ، وقد أطلق عليه إسماً للتدليل هو هرمون دراكولا Dracula  
Hormone وذلك لأن إنتاجه يزيد في الظلام ويتوقف في ضوء النهار فعندما  
ترى أعيننا أنه قد حان وقت الليل فإن هذه المعلومة تنتقل إلى الغدة  
الصنوبرية التي بدورها تبدأ في إنتاج الميلاتونين ، ويعتقد الباحثون أن كلاً  
من الضوء والميلاتونين يساعدان على ضبط الساعة البيولوجية ، والبحوث  
التي أجريت في الآونة الأخيرة أوضحت أن الضوء يؤثر على الساعة  
البيولوجية بطرق أخرى غير التي تحدث عن طريق أعيننا ؛ حيث توصل  
عدد من الباحثين إلى أن تعرض الجلد للضوء يؤثر على الساعة البيولوجية  
من خلال مجرى الدم الذي يرسل إشارات إلى المخ ( كامبيل وميرفي  
، Campbell & Murphy ، ١٩٩٨ ، ٣٩٧ ) .

ويفيد هرمون الميلاتونين في معالجة بعض المشكلات المتعلقة بالنوم ،  
فيتم ضبط مواعيد النوم واليقظة عن طريق إعطاء جرعات بنسب معينة من  
الميلاتونين ( زدانوف و آخرون ، Zhdanova et al. ، ١٩٩٧ ، ٩٠٤ ) ، كما  
يتم إعطاء الميلاتونين أيضاً للأفراد الذين يمرون بتجربة التعب الحاد من  
السفر بالطائرة والمشكلات الأخرى المتعلقة باضطراب مواعيد النوم  
واليقظة .

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات  
النفسية ( DSM - IV ) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد  
النوم واليقظة تتمثل في :

- ١- عدم تزامن نظام الفرد في النوم واليقظة مع جدول النوم واليقظة  
المرغوب فيه ليتناسب مع المتطلبات الاجتماعية وكذلك مع أغلب  
الأشخاص المتواجدين مع الفرد .
- ٢- يعاني الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأعظم من  
فترة النوم ، أو فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ ؛ وذلك كل يوم تقريباً  
لمدة شهر على الأقل ، أو بشكل متكرر لفترات أقصر من الوقت .
- ٣- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب آخر من  
اضطرابات النوم أو أي اضطراب عقلي آخر .
- ٤- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لتعاطي  
المواد كإدمان العقاقير أو تعاطي عقاقير دوائية أو أي ظروف طبية  
عامة ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric  
Association ، ١٩٩٤ ، ٥٧٦ ) .

ويرتبط اضطراب جدول النوم واليقظة بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل وربما يرتبط بجدول عمل الوالدين أو القواعد الرديئة في النوم ، كما أن الحاجة المتزايدة للنوم في مرحلة المراهقة والتي يصاحبها عادة مطالب أكاديمية ومدرسية متزايدة يمكن أن تؤدي إلى تغييرات في جدول النوم واليقظة كما أنها تؤدي أيضاً إلى نوم زائد عن الحد أثناء النهار ( كارسكادون وديمينت ، ١٩٨٧ ، ٤٤ ) .



الفصل الثالث  
اضطرابات النوم الثانوية

مقدمة :

أهم ما يميز هذه اضطرابات النوم الثانوية (مُخلات النوم) Parasomnias الأحداث السلوكية والفسولوجية التي تحدث أثناء النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة ، وتتركز الشكوى السائدة على تلك الأحداث ، ويشكو الأفراد المصابون بهذه الاضطرابات من السلوك غير التكيفي أثناء النوم فضلاً عن الأرق ليلاً وفرط النوم أثناء النهار .

واضطرابات النوم الثانوية عبارة عن أحداث شاذة أو غير طبيعية تحدث أثناء النوم وتحديداً أثناء وقت الفجر بين فترة النوم والاستيقاظ ، وبعض هذه الأحداث تكون عادية إذا حدثت أثناء الاستيقاظ كالذهاب إلى المطبخ لفتح الثلاجة وتناول الشراب أو الطعام ، ولكن هذه الأحداث تكون مصدر ضيق وكرب إذا حدثت أثناء النوم ، سواء أثناء نوم حركة العين السريعة ( REM ) Rapid Eye Movements ، أو أثناء انعدام نوم حركة العين السريعة ( NREM ) Non Rapid Eye Movements ( بايس وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٣٦٠ ) .

وتشمل هذه المجموعة من الاضطرابات اضطراب الكابوس الليلي ، واضطراب المشى أثناء النوم ، واضطراب فزع النوم ، وبعض الاضطرابات الأخرى ، وفيما يلي عرض لهذه الاضطرابات .

#### ١- اضطراب الكابوس الليلي Nightmare Disorder

تعد الكوابيس الليلية من أشد الأحلام المزعجة التي تؤدي إلى الاستيقاظ من النوم ؛ حيث يشعر الشخص الحالم بأحاسيس مقلقة أثناء الكابوس مثل الغضب أو الإحساس بالذنب أو الحزن أو الإحباط ولكن أكثر

الأحاسيس تكراراً أثناء الكوابيس هي الخوف والقلق ، وهذه الكوابيس تنغص حياة الفرد العادية وتحفر في ذاكرته ذكرى أليمة لا تفارقه أحداثها ولا يستطيع نسيانها ، وقد يعيش الفرد متأثراً بأحداث هذه الأحلام والكوابيس لفترة طويلة تعيقه عن ممارسة أعماله العادية .

وينتشر هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين ويحدث خلال الثلث الأخير من الليل عندما تكون مراحل نوم حركة العين السريعة ( REM ) أطول وأكثر شدة ، ويتضمن أحلاماً مرعبة متكررة تؤدي إلى الاستيقاظ المفاجئ من مرحلة نوم حركة العين السريعة ، وحوالي ٢ % من الأطفال ، ومن ٥ % - ١٠ % من الكبار يمرون بهذه التجربة ، وهذه التجارب تكون مسببة للضيق أو الكرب الشديدين لدرجة أنها تعوق قدرة الشخص على الاستمرار في الأنشطة العادية أو الطبيعية ، ونظراً لأن الكوابيس شائعة جداً فإن عدد كبير من البحوث قد ركز على أسبابها وطرق علاجها ، ولحسن الحظ فإنها تتخفف أو تتلاشى تدريجياً مع تقدم العمر ( بايس وآخرون . Buisse et al. ، ١٩٩٣ ، ٣٦١ ) .

ويؤدي الكابوس إلى اضطراب الطفل وعدم قدرته على التلطف أو إخراج الصوت ، وبالإضافة إلى ذلك يمكث الطفل في الفراش ويسترجع محتويات الحلم عند الاستيقاظ مما يسبب له الضيق والتوتر ( كاليبس وآخرون . Kales et al. ، ١٩٨٠ ، اب ، ١١٩٨ ) .

ويعانى من ١٠ - ٥٠ % من الأطفال فى المرحلة العمرية من ٣ - ٥ سنوات من كوابيس شديدة بدرجة تكفى لإثارة انزعاج أهلهم ، وفى جمهور الراشدين يذكر حوالى ٥٠ % خبرة الكابوس

فى مناسبات مختلفة ، ومع ذلك لا توجد نسب دقيقة لانتشار اضطراب الكابوس ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩ ) ، ويبدأ الكابوس عادة ما بين ٣ - ٦ سنوات وعندما يزداد تكرار الكابوس فإنه يصبح مصدر اهتمام ومشقة للأطفال والوالدين ، وكثيراً من الحالات يختفى اضطرابها مع النمو ، والأقلية يستمر معهم الاضطراب إلى الرشد ويصبح اضطراباً على مدى الحياة ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨١ ) .

وتحدث الكوابيس عادة عقب التجارب المأساوية نتيجة صدمة معينة وعقب الأحداث الحياتية غير السارة وربما تعكس عدم الأمان والاكتمال والقلق والشعور بالذنب ، وتزداد المخاوف المرضية إذا حدثت الكوابيس كل ليلة أو إذا استمرت بعد مرحلة المراهقة ( كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤٢٧ ) .

وهناك احتمالات كثيرة لحدوث الكوابيس بسبب تناول بعض الأدوية أو الانقطاع عن تناولها فجأة أو بسبب الحالة الصحية للشخص مثل الإعياء والمرض والحمى ، أما كوابيس مرحلة الطفولة فإنها عادة ما تكون بسبب الصراع الناشئ عن مخاوف الطفولة ومشاكلها ، وكثير من الأفراد تحدث لهم الكوابيس نتيجة تعرضهم لحادث مؤلم كفقْدان شخص عزيز لديهم أو التعرض للاعتداء أو إجراء عملية جراحية ، وهذا يفسر الكوابيس المزعجة التى تحدث للجنود الذين شاركوا فى معارك حربية دامية .

وعادة ما يكون محتوى الكوابيس أحداثاً تتعلق بنفس الحوادث المؤلمة التي تعرض لها الشخص في حياته اليومية ، وعلى هذا فهي تتكرر وبنفس السيناريو وبشكل مزعج ، وهناك أشخاص تحدث لهم الكوابيس عندما يتعرضون لضغوط شديدة في حياتهم اليومية مثل صعوبات العمل المهني أو تغيير المهنة أو الانتقال من سكن إلى آخر أو القلق بشأن الأمور المالية أو تراكم الديون أو حدوث الحمل لدى النساء ، وهناك أشخاص تتكرر لديهم الكوابيس دونما أية علاقة بحياة اليقظة لديهم وهؤلاء الأفراد عادة ما يكونون ذوى خيال خصب وإحساس مرهف وعاطفة جياشة .

وتوجد مواد عديدة لها علاقة بحدوث الكوابيس والأحلام تؤثر على إمكانية تذكر الحلم أو الكابوس ، فالبحوث المعملية أثبتت أن المشروبات الكحولية ، والأقراص المنومة والمهدئات تؤدي إلى إنقاص مرحلة الأحلام أثناء النوم ، وبالتالي تقلل من فرص تذكر تلك الأحلام ، وعلى الرغم من ذلك هناك أشخاص يحدث لهم عكس ذلك تماماً ؛ حيث يؤدي تعاطي بعض المواد إلى زيادة تذكر تلك الأحلام والكوابيس بالتفصيل ، فالأدوية المضادة للاكتئاب تزيد وبشكل كبير من إمكانية تذكر الأحلام والكوابيس ( هايورى Hauri ، ١٩٩٧ ، ١١١٣ ) .

وتعد الكوابيس المتكررة التي تدور حول حادث معين علاجاً تدريجياً للشفاء من صدمة هذا الحادث ، ويقل تكرار هذه الكوابيس وشدة إزعاجها بتحسن حالة الشخص وتعوده على الحادث وما نتج عنه من توابع ، إلا أنه يجب مراجعة المعالج النفسى فى حالة استمرار تكرار هذه الكوابيس لعدة أسابيع مثلاً وبنفس الدرجة من الإزعاج والقلق ، كما توفر الكوابيس لدى البالغين فرصة استكشاف النفس وفهمها ؛ حيث يصبح لدى الشخص الحالم

خبرة فى فك رموز هذه الكوابيس وفهم لغتها وتحليل أحداثها بما يتناسب مع أحداث الحياة اليومية إلا أنه يجب توخى الحرص والحذر من المبالغة فى إيجاد علاقة دائمة بين أحداث الكوابيس وتفسيرها على كل صغيرة وكبيرة من أحداث الحياة اليومية .

ويختلف تقييم الكابوس باختلاف الثقافة ، فالبعض ينظر إليه باعتباره من أعمال الأرواح أو ظواهر ما وراء الطبيعة ، والبعض الآخر ينظر إليه على أنه مؤشر لاضطراب نفسى أو جسمى ، ولأن الكوابيس تحدث بشكل متكرر فى الطفولة فإن تشخيصها لا يتم ما لم يكن هناك كرب دال أو خلل يستدعى اهتماماً كLINIKIاً مستقلاً ، ويظهر الكابوس بكثرة لدى الأطفال الذين تعرضوا لضغوط نفسية اجتماعية شديدة ، وتذكر النساء الشكوى من الكابوس أكثر من الرجال ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩ ) .

ومن الواجب اتباع سنة رسول الله صلى الله عليه وسلم وهدية فيما يتعلق بكيفية التعامل مع الكوابيس والأحلام المزعجة بشكل عام ، حيث أرشدنا الرسول صلى الله عليه وسلم إلى عدم الانزعاج من هذه الكوابيس وبين أنها من الشيطان للتغيب على الشخص وإقلاقه ؛ حيث قال عليه أفضل الصلاة والتسليم : " الرؤيا من الله والحلم من الشيطان ، فإذا رأى أحدم شيئاً يكرهه فلينفث حين يستيقظ ثلاث مرات ويتعوذ من شرها فإنها لا تضره " ، وإذا استجاب الأفراد لهذا الحديث فإن الكوابيس تصبح شيئاً عادياً رغم فظاعتها وإزعاجها لأنها من عمل الشيطان ، ومن ثم لا يقلقون بشأنها وينسونها بمجرد انخراطهم فى الحياة اليومية مما يدل على أن عامل استجابة وتصور الشخص نحو الكوابيس له دور كبير فى مدى تأثيرها على نفسية الشخص وإزعاجها له .

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب الكابوس الليلي تتمثل في :

- ١- استيقاظ متكرر في فترة النوم الرئيسية أو أثناء فترة القيلولة مع استعادة تفصيلية للأحلام المخيفة التي عادة ما تتضمن تهديداً لأمن الفرد ، ويحدث الاستيقاظ بصفة عامة أثناء النصف الثاني من الليل .
- ٢- انتباه الفرد وعودته لحالته الطبيعية سريعاً عند الاستيقاظ من الأحلام المخيفة .
- ٣- شعور الفرد بالضيق الشديد الناتج عن كل من الحلم أو الكابوس ، واضطراب النوم المترتب على فترات الاستيقاظ .
- ٤- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل الهذيان ، واضطراب الضغوط التالية الصدمة Post Traumatic Stress Disorder ( PTSD) ، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد كإدمان العقاقير أو تعاطي عقاقير دوائية ولا يرجع إلى ظروف طبية عامة ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ( ٥٨٣ ) .

## ٢- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep -Walking Disorder

يطلق على هذا الاضطراب أحياناً التجوال الليلي Somnambulism ويشير إلى السير أثناء النوم ، وفيه ينهض الطفل من فراشه ويتركه وعيانه مفتوحتان ، ويمشى وهو غير واع ، ولا يستجيب لما يطلب منه ، وربما يعود إلى فراشه دون أن يسترد وعيه ويواصل نومه ، وعندما يستيقظ في

الصباح لا يتذكر شيئاً مما حدث ( حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ،  
١٣٠ ) .

ويحدث هذا الاضطراب أثناء نوم انعدام حركة العين السريعة ( NREM ) وهذا يعنى أنه عندما يمشى الأفراد أثناء نومهم فهم لا يجسّدون حلاً ، كما يحدث هذا الاضطراب أثناء أو خلال الساعات الأولى للنوم عندما يكون الشخص فى المراحل العميقة للنوم ، ولذلك فإن إيقاظ الفرد أثناء هذا الحدث يكون صعباً ، وإذا تم إيقاظه فإنه لا يتذكر شيئاً مما حدث ( ثوربى وجلوفنسكى Thorpy & Glovinsky ، ١٩٨٧ ، ٦٢٩ ) .

وينتشر هذا الاضطراب بصورة كبيرة أثناء مرحلة الطفولة ، وعلى الرغم من ذلك فإن نسبة صغيرة من الكبار يتعرضون لهذا الاضطراب ، وهناك نسبة كبيرة من الأطفال تتراوح من ١٥ % - ٣٠ % مروا بتجربة المشى أثناء النوم ، وبالنسبة لمعظم الحالات يكون الحدث المرتبط بالمشى أثناء النوم قصيراً ، وعندما يحدث هذا الاضطراب بين الكبار أو بين البالغين فإنه يكون مرتبطاً غالباً باضطرابات سيكولوجية أخرى ، وينتشر هذا الاضطراب بين ١٠ % - ٣٠ % من الأطفال ومعظم الأطفال يحدث لهم المشى أثناء النوم ولو لمرة واحدة على الأقل ، وتتنطبق المحكات التشخيصية لاضطراب المشى أثناء النوم على نسبة من الأطفال تتراوح بين ١ % - ٥ % ، وبداية حدوث هذا الاضطراب تكون عادة بين سن الرابعة والثامنة ، وتصل أعلى نسبة انتشار فى سن الثانية عشرة ، ويختفى هذا الاضطراب تلقائياً بحلول فترة المراهقة ( كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٨٠ ،  
١١٩٧ - ١١٩٨ ) .



ويمكن أن يحدث هذا الاضطراب في أى فترة بعد أن يستطيع الطفل المشى ، ولكن الحدوث الأكثر شيوعاً للنوبات الأولى يكون ما بين الرابعة والثامنة من العمر ، ويختفى المشى أثناء النوم لدى الأطفال تلقائياً خلال فترة المراهقة المبكرة تقريباً عند عمر ١٥ عاماً ، غير أن هناك نسبة ضئيلة قد يكون لها مسار متكرر ، ويزداد حدوث هذا الاضطراب ضمن أفراد العائلة ؛ حيث يوجد تاريخ عائلي لاضطراب المشى أثناء النوم ، فحوالي ١٠% - ٢٠% من الأفراد الذين يعانون من المشى أثناء النوم لديهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الاضطراب ، كما يزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا كان كلا الوالدين لديهما تاريخ للإصابة به ، وينطوى هذا الاضطراب على سلوكيات حركية معقدة يتم حدوثها أثناء الثلث الأول من الليل ، وتتراوح هذه السلوكيات بين الجلوس فى الفراش إلى المشى أو الجرى فى البيت ، وتكثر الإصابات الجسمية أثناء حدوث هذا الاضطراب ، ولا يتذكر الفرد عادة إلا القليل من هذه الأحداث وقد لا يتذكرها على الإطلاق ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨٨ ، - ٥٩٠ ) .

وأوضحت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد أن نسبة الأفراد الذين يعانون من الاضطراب من الذكور أعلى من الإناث ، وتظهر عند نصف الحالات فى سن ما قبل المدرسة ، وعند النصف الآخر فى الطفولة المتأخرة وتختفى عادة فى المراهقة ؛ حيث يندر أن نجد طفلاً يمشى أثناء النوم بعد سن البلوغ ، ويبدأ المشى أثناء النوم باستيقاظ الطفل ، وجلوسه فى الفراش ، وعيناه مفتوحتان ، ثم يترك فراشه ، ويمشى وهو غير واع ، ولا يستجيب لما يطلب منه ، وربما يعود إلى فراشه دون أن يسترد وعيه ،

ويواصل نومه ، ثم يستيقظ في الصباح ولا يتذكر شيئاً مما فعله ليلاً ( محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١١ ) .

ويتضح المشى أثناء النوم من خلال حركات إيقاعية تتضمن النهوض من الفراش ، والمشى أو الجرى ، ويتضمن هذا الاضطراب نقص الانتباه ، وقلة الاستجابة ، والتحديق والحملقة الغافلة ، والارتباك ، وفقدان الواجهة عند الاستيقاظ ، ونسيان الحدث في اليوم التالي ، ويعجل بحدوث هذا الاضطراب الإصابة بالحمى ، وتمدد المثانة Bladder Distention ، ووجود مثير خارجي مثل الضوضاء ، كما تلعب الأحداث المأساوية والقلق دوراً رئيسياً في ظهوره ( كارلسون وآخرون . Carlson et al. ، ١٩٨٢ ، ٤٦٠ ) .

ويرتبط هذا الاضطراب بأنماط سلوكية موجهة إلى خارج الفرد مثل العدوان ، والتفعل (\* ) Acting Out ، والنشاط الزائد ، وعلاوة على ذلك فإن هذا الاضطراب يزداد سوءاً أو يستمر في حالة الحرمان من النوم ، واستخدام المشروبات الكحولية ( كاليس وآخرون . Kales et al. ، ١٩٨٠ ، ١٤١٤ ) .

وحالة المشى أثناء النوم ليست حلماً أو جانباً من حلم ، لأن الأطفال عندما يستيقظون من نوبة المشى لا يمكنهم تذكر أو استعادة أى حلم مروا به ويرى البعض أن المشى أثناء النوم قد يكون نقيضاً للأحلام فهو محاولة أثناء النوم لإخراج محتويات الحلم إلى حيز الفعل لأن المصاب به قد يكون قريباً من حالة الإيقاظ وإن بدأ مشوش الوعى ( حسن مصطفى عبد المعطى ،

(\*) التعبير عن الرغبات والوجدانات المكبوتة تعبيراً عملياً فعلياً وليس لفظياً ، وهذا يعنى إخراج الرغبات لحيز الفعل بدلاً من كبتها .

( ٢٠٠١ ، ١٣١ ) .

ولابد من التفريق بين اضطراب المشى أثناء النوم وبين نوبات الرعب أو الذعر الليلي ؛ حيث يقوم الطفل من فراشه في حالة ذعر وخوف شديدين مع زيادة عدد ضربات القلب وكثرة تصبب العرق ... الخ وهذا لا يحدث في حالة اضطراب المشى أثناء النوم ، كما يجب التفريق أيضاً بين هذا الاضطراب واضطراب الكابوس أو الحلم المزعج المخيف الذى يتذكر فيه الفرد تفاصيل الحلم الذى أزعجه إلى جانب أن اضطراب الكابوس يحدث في آخر الليل عادة ، ويمكن أن يتشابه هذا الاضطراب مع اضطراب توقف التنفس أثناء النوم إلا أن اضطراب توقف التنفس أثناء النوم يتميز بالشخير ، وانقطاع التنفس ، والنوم المتكرر أثناء النهار .

والشائع بين الناس أن ييقاظ الأطفال الذين يعانون من اضطراب المشى أثناء النوم وقت حدوث النوبة خطأ لأن الطفل إذا أيقظ يفزع ويضطرب ولا يعرف أين هو ، ويعتقد أنه مازال في فراشه ، ولكن هذا اعتقاد خاطئ لأن الطفل أثناء المشى وهو نائم يكون عرضة لأن يؤذى نفسه لضعف تآزره الحركى ؛ ولذا ينصح بإيقاظ الطفل خاصة عندما يكون في وضع خطر فقد يختل توازنه ويسقط ( حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣١ - ١٣٢ ) .

وهناك مجموعة من العوامل تسهم في حدوث اضطراب المشى أثناء النوم منها الإرهاق الشديد ، والحرمان من النوم فى فترات سابقة ، واستخدام الأدوية المهدئة أو المسكنة ، كما أن العوامل

البيئية تلعب دوراً فى حدوث هذا الاضطراب ؛ حيث تم ملاحظة

اضطرابات النوم  
هذا الاضطراب بوضوح بين التوائم المتماثلة للعائلات التي يوجد لديها هذا الاضطراب .

ويرتبط هذا الاضطراب بمجموعة الأعراض المرضية لاضطرابات الأكل Eating Disorders التي تحدث ليلاً ؛ حيث يستيقظ الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب من الفراش ، ويتناولون الطعام على الرغم من أنهم يكونون نائمين ، وينتشر هذا الاضطراب لدى ما يقرب من ٦ % من الأفراد وذلك بناء على دراسة تم فيها تحويل هؤلاء الأفراد لعلاجهم من اضطراب الأرق ( ماني وآخرون ، Manni et al. ، ١٩٩٧ ، ٧٣٥ ) .

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب المشي أثناء النوم تتمثل في :

- ١- تكرار النهوض من السرير أثناء النوم ، والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة ، ويحدث ذلك عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي .
- ٢- يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحباً محملاً وبدون تعبير ولا يستجيب لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو التحدث معه ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .
- ٣- لا يتذكر المريض شيئاً عن النوبة عند الاستيقاظ سواء كان بعدها مباشرة أو صباح اليوم التالي .
- ٤- عند الاستيقاظ يكون المريض غير مدرك للبيئة من حوله لعدة دقائق ويكون مرتبكاً .

٥- يسبب المشى أثناء النوم اضطراباً كلينيكياً واضحاً ، أو قصوراً في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو المجالات الوظيفية الأخرى المهمة بالنسبة للفرد .

٦- لا يرجع الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لاستخدام المواد كإدمان العقاقير ، أو استعمال العقاقير الدوائية أو حالة طبية عامة ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٩١ ) .

### ٣- اضطراب الفرع أثناء النوم Sleep Terror Disorder

اضطراب شائع لدى الأطفال الصغار فى سن ما قبل المدرسة وسن المدرسة الابتدائية ومن أعراضه استيقاظ الطفل خائفاً مذعوراً ويجلس فى سريره صارخاً باكياً أو واقفاً أو مسرعاً نحو الأب أو الأم أو إخوته الأكبر منه سناً ، ويحدث هذا الاضطراب خلال الثلث الأول من الليل وينطوى على استيقاظ مفاجئ فى المرحلة الثالثة أو الرابعة لنوم انتقاء أو انعدام حركة العين السريعة ، وعلى الرغم من أن عيني الطفل تكونا مفتوحتان فإنه يكون غير متجاوب مع محاولات الوالدين لإيقاظه ، وأهم ما يميز هذا الاضطراب الارتباك ، والنشاط الزائد عن الحد للجهاز العصبى الذاتى ، ونسيان الحدث عند الاستيقاظ ، وإخراج الأصوات الحادة ، والحركات الثائرة ، وعدم القدرة على التوجه أو فقدان الوجهة Disorientation ( نوفزنجر وآخرون Nofzinger et al. ، ١٩٩٤ ، ٨٦ ) .

ويعرف فرع النوم أو\*ذعر النوم باسم فرع الليل لدى الأطفال ، كما يعرف باسم كابوس الليل وذلك لدى الكبار وأهم ما يميز هذا الاضطراب

سرعة التنفس ، وزيادة عدد ضربات القلب ، وتصيب العرق ، ونسيان الأحداث عند الاستيقاظ .

ومن الناحية الظاهرية نجد أن فزع النوم يشبه الكابوس ؛ حيث يصرخ الطفل ويبدو مرعوباً ومذعوراً ، ونظراً لأن ذعر النوم يحدث أثناء نوم انعدام حركة العين السريعة ، فإنه لا يحدث نتيجة لأحلام مخيفة أو مفزعة ، وأثناء الذعر الليلي لا يمكن إيقاظ الأطفال بسهولة أو طمأننتهم كما يحدث أثناء الكابوس ، وعند الاستيقاظ لا يذكر الأطفال هذه المخاوف التي حدثت لهم أثناء النوم على الرغم من تأثيرها الشديد والمأساوى على الملاحظين لها ، ويمر حوالى ٥ % من الأطفال ( نسبة الصبغة أكبر من نسبة الفتيات ) بتجربة ذعر النوم ، وبالنسبة للكبار فإن معدل الانتشار يكون أقل من ١ % ( بايس وآخرون . Buysse et al. ، ١٩٩٣ ، ٣٦٠ - ٣٦١ ) .

ويرى فريق آخر من الباحثين أن الذعر الليلي ينتشر لدى ١ % - ٦ % من الأطفال ويكون أكثر شيوعاً لدى الذكور عن الإناث ويحدث هذا الاضطراب بين سن ٤ - ١٢ سنة وعادة ما ينتهى تلقائياً قبل مرحلة المراهقة ، وتلعب العوامل الأسرية درواً رئيسياً فى حدوث هذا الاضطراب كما أنه يزداد سوءاً فى حالة استخدام المشروبات الكحولية ( كاليس وآخرون . Kales et al. ، ١٩٨٠ ، ١٤٣١ ) .

ويستيقظ الطفل فى حالة الفزع مضطرباً مشوش الفكر ، غير واع بما حوله ، وقد يقوم من فراشه ويمشى ، وهو لا يعرف أين هو وماذا يفعل ، ومن الصعب تنبيهه واستعادة وعيه ، ويستمر فزعه

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب الفزع أثناء النوم تتمثل في :

١- حدوث نوبات متكررة للاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة خوف أو هلع حادة ، وتتميز النوبة بقلق شديد وحركة جسمية وفرط النشاط العصبى اللاإرادى ، وسرعة التنفس ، وزيادة عدد ضربات القلب ، واتساع الحدقتين ، وتصبب العرق .

٢- هذه النوبات المتكررة للاستيقاظ المفاجئ من النوم تحدث دون اتصال كافٍ بالعالم المحيط وتستمر فى المعتاد لفترة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق ، وتحدث هذه النوبات أثناء الثلث الأول من الليل .

٣- عدم استجابة الشخص النسبية لأية محاولة تهدئته خلال النوبة .

٤- عدم استطاعة الطفل استدعاء أى تفاصيل للحلم ويفقد الذاكرة للواقعة تماماً .

٥- يسبب فزع النوم اضطراباً كلينيكياً واضحاً ، ومقصوراً فى النواحي الاجتماعية أو المهنية أو أى مجالات أخرى هامة بالنسبة للفرد .

٦- لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد كإدمان العقاقير ، أو تعاطى الأدوية ، ولا يرجع إلى أى ظروف طبية عامة ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨٧ - ٥٨٨ ) .

الفصل الرابع  
اضطرابات النوم غير المصنفة



اضطرابات النوم غير المصنفة

مقدمة :

بالإضافة إلى اضطرابات النوم التي سبق تناولها بالتفصيل فيما سبق توجد مجموعة أخرى من هذه الاضطرابات تخل بالنوم ، ولا تصنف ضمن الاضطرابات سابقة الذكر نظراً لأنها ترتبط باضطرابات نفسية أخرى أو ترجع إلى حالة طبية عامة أو يكون سببها الرئيسي تعاطى المواد النفسية تسمى اضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر Dyssomnias Not ( DNOS ) Otherwise Specified ، ومن هذه الاضطرابات ما يلي :

١- شلل النوم Sleep Paralysis

يعرف شلل النوم بأنه حالة من فقدان القدرة على الحركة تنتاب النائم وهو بين النوم واليقظة ، فيحلم أن لصاً يهاجمه أو حيواناً مفترساً يقترب منه ، ولكنه لا يستطيع الصراخ أو الحركة أو الجري ، وتستغرق هذه الحالة من ثوان إلى دقائق وهذه الثواني تمر ببطء شديد ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٢ ) .

أى أن شلل النوم هو عدم القدرة على إتيان أية حركة إرادية بمجرد بدء النوم أو عند الاستيقاظ ، وترجع هذه الحالة إلى انقلاب دورة النوم بمعنى حدوث تحول سريع من مرحلة النوم العميق إلى مرحلة النوم الخفيف أو العكس ؛ وقد يحلم الشخص بأنه مقيد ولا يستطيع الحركة وسرعان ما يوضع حد للحالة بمجرد لمس الفرد أو النداء عليه ، ويستعيد قدرته على الحركة بعد الاستيقاظ ، وانتهاء النوبة ( سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ ، ٢٧٩ ) .

ويصاحب هذه الحالة في أغلب الأحيان مشاعر قلق شديدة ،

وقد يتحدث الطفل المصاب بهذا الاضطراب على أنه يخبر أحلاماً حسية واضحة عندما يدخل في النوم أو يستيقظ منه ، وترتبط هذه الأحلام عادة بمشاعر القلق والتوتر ( الكسندر بوربلي ترجمة أحمد سلامة ، ١٩٩٢ ، ١٣٦ ) .

## ٢- قفزات النوم Sleep Startling

تحدث هذه القفزات عند بداية النوم ، وفيها يشعر المريض أنه يسقط من مكان مرتفع وتتفرض كل عضلات جسمه ، وهذا الاضطراب شائع جداً لدى غالبية الناس ، وكثيراً من الناس يعتقدون أنهم مصابون بنوع من أنواع الصرع ولكن هذه القفزات طبيعية ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٢ - ٣٠٣ ) .

## ٣- هلاوس النوم Hypnagogic Hallucinations

اضطرابات إدراكية تحدث للأسوياء أو العاديين قبل النوم أو بعده مباشرة يرى فيها الفرد صوراً وهمية كالتي ترى في الأحلام أو يسمع أصواتاً ، وربما يحس إحساسات لمسية ، وهذه الهلاوس طبيعية رغم ندرتها ، وقد وجد أن الفرد أثناء حدوث هذه الهلاوس يكون في حالة من النوم النقيضي أو النوم السريع أو النوم الحالم الذي يتميز بحركات العين السريعة ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٣ ) .

## ٤- صرع النوم Sleep Epilepsy

نوبات نوم عميقة تصاحبها أحياناً نوبات من الشلل والهلاوس وتحدث هذه النوبات أثناء الدخول في النوم أو أثناء اليقظة والتفسير الفرضي لهذا الاضطراب أن بعض أحداث النوم النقيضي أو

السريع تتداخل فى أوقات غير مناسبة ( أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ،  
٣٠٤ ) .

#### ٥- الجز على الأسنان أثناء النوم Sleep Related Bruxism

يحدث هذا الاضطراب خلال المرحلة الثانية لنوم اندام حركة العين السريعة وفيه يجز المريض على أسنانه وهو نائم بطريقة تشبه مضغ أو طحن الطعام ، ويعانى من هذا الاضطراب من ٥ % - ١٠ % من الأفراد ، ويؤدى هذا الاضطراب إلى تلف الأسنان ، ولا يشعر الفرد الذى يعانى من هذا الاضطراب بحدوثه أثناء النوم ، ولكنه يشعر بألم شديد فى الفكين أو أحدهما عندما يستيقظ أو يشكو من احتكاك أسنان الفرد من يشاركه فى فراشه أو فى غرفة نومه ( محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٩٨ ) .

#### ٦- اهتزاز الأرجل أثناء النوم Sleep Restless Legs

أحاسيس حسية جسدية تدفع الفرد إلى تحريك الأرجل وذلك بعد الاستيقاظ من النوم القلق أو المضطرب ، ويحدث هذا الاضطراب عادة أثناء النوم ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب بنسبة ٥ % لدى الأفراد فى منتصف العمر ٤٠ أى من ٦٠ عاماً ، ويمكن علاج هذه الحالة بالتدليك أو استخدام بعض الأدوية مثل الكاربامازين أو بروبرانولول ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٦٥ ) .

#### ٧- أرجحة الرأس أثناء النوم Sleep Head Banging

وفيهما يحرك الفرد رأسه بعنف يميناً ويساراً قبل النوم مباشرة أو أثناءه وخاصة فى مرحلة النوم الخفيف ( محمود حمودة ،

## ٨- كثرة النوم أو فرط النوم Hypersomnia

اضطراب يتمثل في الرغبة الشديدة في النوم أثناء النهار بالإضافة إلى زيادة عدد ساعات النوم ، وعلى الرغم من أن نسبة حدوث هذا الاضطراب أقل بكثير من نسبة حدوث الأرق إلا أنها تمثل نسبة كبيرة من شكوى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم ، ومن أسباب هذا الاضطراب ما يلي :

- أسباب طبية مثل بعض الأمراض العضوية المصحوبة بخلل في هرمونات الغدد الصماء ، وزملة أعراض كلين ليفن (\*)  
Kleine - Levin Syndrome وفيها تكون زيادة النوم مصحوبة باضطراب نفسى ، وحالات التسم الناتجة عن استخدام بعض الأدوية أو المواد المخدرة أو تعاطى الكحول .

- أسباب نفسية مثل بعض حالات الاكتئاب ، أو فقدان شخص عزيز ، أو الشعور بالعزلة الاجتماعية أو التجنب الاجتماعى ( بارلو وديوراندي Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٣ ) .

وحالة فرط النوم هذه تختلف عن حالات الأشخاص الذين اعتادوا على النوم لفترات طويلة Long Sleepers بمعدل ٩ - ١٠ ساعات في المتوسط كل يوم وهذا المعدل يمثل احتياجات بعض الناس اليومية من النوم التى

---

(\*) فترات نوم دورية زائدة عن الحد تدوم لبضعة أسابيع وتتعاقب مع النوم الطبيعى ، فقد ينام الفرد لفترة من ٢٠ - ٢٢ ساعة فى اليوم ، وفى نفس الوقت تزداد لديه دوافع أخرى فيأكل ويشرب بشراهة ويمارس سلوكاً جنسياً غير ملائم ، وقد يبدي فتوراً للشعور ، أو لا مبالاة ، وحدة فى الطبع ، وارتباك ، وهذه الظاهرة نادرة ، وعادة تصيب الذكور فى الأعمار من ١٣ - ١٩ عاماً أو فى بداية الأربعينات وكثيراً ما تزول تلقائياً خلال الثلاثينات أو الأربعينات من العمر (مانى وآخرون ، Manni et al. ، ١٩٩٧ ) .

تختلف من شخص إلى آخر ، وعلاج فرط النوم يتم باستخدام بعض الأدوية المنبهة مثل الأمفيتامينات ، وكذلك باستخدام أدوية الجيل الجديد من مضادات الاكتئاب التي تزيد من مستوى هرمون السيروتونين في الدم ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٦٢ - ٦٣ ) .

### اكتشاف الاضطرابات المتعلقة بالنوم :

تكون الاضطرابات المتعلقة بعملية النوم مكدرة ، ومقلقة ، ومربكة إلى حد كبير للأفراد الذين يعانون منها ، وتؤدي إلى العديد من الاضطرابات السيكولوجية الأخرى .

ويفيد جهاز وصف أو تخطيط النوم ( PSG ) Polysomnography في تقديم صورة أوضح وأشمل لعادات الفرد في النوم ؛ حيث يقضى المريض ليلة أو أكثر نائماً في معمل النوم ويتم مراقبة كل من التنفس ، ونسبة الأكسجين في الدم ، كذلك يتم قياس نشاط موجة المخ وذلك بواسطة رسام المخ الكهربى ( EEG ) Electroencephalograph وحركات العين وذلك بواسطة جهاز رصد حركة العينين ( EOG ) Electrooculograph ، وحركات العضلات بواسطة جهاز تسجيل قوة وشد العضلات ( EMG ) Electromyograph ، ونشاط القلب بواسطة جهاز تسجيل رسم القلب الكهربى ( ECG ) Electrocardiograph وتستغرق هذه الإجراءات وقتاً طويلاً كما أنها تكون مكلفة مادياً ولكنها هامة لضمان التشخيص الدقيق ووضع خطة العلاج المناسبة ، وعلاوة على ذلك يرى الكلينيكيون أنه من المفيد معرفة متوسط عدد ساعات نوم الفرد كل يوم مع الوضع في الاعتبار كفاءة فعالية النوم ( SE ) Self Efficiency ، ويتم حساب كفاءة أو فاعلية النوم بقسمة الوقت المنقضى في النوم على الوقت الكلى المنقضى في الفراش

$$\text{مقدار وقت النوم} \times \frac{\text{فعالية النوم}}{100} = \text{مقدار الوقت المنقضى فى الفراش}$$

فإذا كان الناتج يساوى ١٠٠ % فإنه يعنى أن الفرد غلبه النعاس أو النوم بمجرد أن وضع رأسه على المخدة ولم يستيقظ إطلاقاً أثناء فترة النوم ، أما إذا كان الناتج يساوى ٥٠ % فإنه يعنى أن الفرد قضى نصف الوقت فى الفراش فى محاولة للنعاس بمعنى أنه كان مستيقظاً نصف الوقت ، ويشخص الكلينيكيون الأرق إذا كانت كفاءة أو فعالية النوم أقل من النسبة الطبيعية التى تقدر بـ ٨٥ % ، ومثل هذه القياسات تساعد الكلينيكى على أن يحدد بموضوعية الأسباب الرئيسية لاضطراب النوم ، ونوعية الاضطراب ومدى تداخله مع الاضطرابات الأخرى للنوم ، وكذلك عدد ساعات النوم الجيد للفرد يومياً .

ويرى لطفى الشربيني ( ٢٠٠٠ ) أن الأجهزة المختلفة التى سبق ذكرها تقوم بتسجيل النشاط الكهربى للمخ ، والتغيرات التى تطرأ على الموجات الكهربائية به لمقارنتها بالوضع فى حالة اليقظة ، وكذلك يتم رصد حركات العين عن طريق أقطاب توضع على الجوانب الخارجية لتجويف العين ، كما يتم تسجيل التوتر العضلى عن طريق أقطاب يتم تثبيتها على عضلات أسفل الوجه ، ويتم تحديد مراحل النوم وخصائص كل مرحلة من خلال معرفة نشاط المخ وحركة العينين وحركة العضلات فمثلاً :

- موجات المخ التى يتم تسجيلها عن طريق رسم المخ الكهربى يبدو

فيها التغيير باختفاء موجات ألفا وإيقاعها حوالي ٨ - ١٠ دورات في الثانية ليحل محلها مع زيادة عمق النوم موجات أخرى كبيرة وبطيئة تسمى موجات دلتا وإيقاعها لا يتعدى ٢ - ٣ دورة في الثانية .

- يمكن ملاحظة حركات العين السريعة التي تحدث عادة لأول مرة عقب مرور ساعة من بداية النوم تقريباً ، ورغم أن نوم حركات العين السريعة يكون عميقاً فإن التسجيل الكهربى لموجات المخ المتزامن معه يشبه إلى حد كبير الحالة أثناء اليقظة أو المرحلة المبكرة للنوم .

- تسجيل التوتر العضلى عن طريق جهاز تسجيل قوة شد العضلات الذى يكشف حدوث حالة الاسترخاء العضلى التام خلال النوم وزيادتها مع النوم العميق ، وهذا الجهاز أيضاً يظهر التقلصات العضلية التي تحدث بين وقت وآخر أثناء النوم .

الفصل الخامس  
أسباب اضطرابات النوم



## أسباب اضطرابات النوم

### أسباب اضطرابات النوم

تقسم أسباب اضطرابات النوم إلى أربعة أقسام هي :

أولاً : الأسباب الوراثية .

ثانياً : الأسباب العضوية أو الجسمية .

ثالثاً : الأسباب النفسية والاجتماعية .

رابعاً : الأسباب البيئية .

وفيما يلي تناول هذه الأسباب بشئ من التفصيل :

أولاً : الأسباب الوراثية :

أشارت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن نصف الأطفال الذين يمشون أثناء النوم ينحدرون من أسر يعانى فيها فرد أو أكثر من هذا الاضطراب ، وأظهرت نتائج دراسات أخرى تشابهاً في اضطرابات المشي أثناء النوم لدى ٤٠% من التوائم المتماثلة ، ١٠% لدى التوائم غير المتماثلة ( محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٥ - ٣١٦ ) ، كذلك أظهرت نتائج بعض الدراسات أن اضطراب غفوات النوم المفاجئة ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى بنسبة تتراوح بين ٥ - ١٥% بينما ينتشر اضطراب فرط النوم لدى ٢٥% من أقارب الدرجة الأولى ( محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٨٨ ) ، وتدلل النتائج السابقة على أن اضطرابات النوم ترجع إلى أسباب وراثية .

ثانياً : الأسباب الجسمية :

أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن أسباب قلة النوم ، والنوم الخفيف ، وكثرة الاستيقاظ عند الأطفال في مرحلة الرضاعة ترجع إلى المضايقات الجسمية مثل الجوع ، والشبع الزائد ، والآلام الناتجة

عن دخول الهواء مع الطعام ، والملابس الضيقة ، وبل الفراش  
الملائس ، وجو الحجرة التي ينام فيها الطفل سواء كان بارداً أو  
حاراً ، وأشارت نتائج دراسات أخرى إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال  
الذين يمشون أثناء النوم يعانون من تأخر في نضج الجهاز العصبي  
المركزي ، وكشف جهاز رسم المخ الكهربى شنوداً في  
موجات المخ لدى حوالى ٢٠ % من هؤلاء الأطفال مما يؤكد  
عدم نضج الجهاز العصبي لديهم ( محمد عودة وكمال مرسى ،  
١٩٨٦ ، ٣١٦ ) .

ومن الأسباب الجسمية أيضاً تعاطى أدوية لعلاج أمراض معينة  
ويكون من آثارها الجانبية إما الأرق أو فرط النوم ، كما فى بعض  
أدوية الحساسية ، وكذلك بعض المشكلات النفسية العابرة والخلافات  
الاجتماعية ، وضغوط العمل .

ويرجع بعض الكلينيكيين السبب الرئيسى فى حدوث غفوات النوم  
المفاجئة إلى بعض العوامل العضوية كالأضطرابات المخية كما أن حالات  
الفرع الليلي ترجع إلى الهيبوجلسيميا Hypoglysemia وهى انخفاض نسبة  
السكر فى الدم ؛ لذا فإن نجاح العلاج يكون بإعطاء المريض جرعات زائدة  
من الكربوهيدرات فى وجبة العشاء أو قبل النوم مباشرة ( حسن مصطفى  
عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣٤ ) .

وفى حالات الإفراط فى النوم توجد أسباب عضوية كنقص كبير فى  
هرمون الغدة الدرقية ، والهزال العام ، وسوء التغذية ، أو بعض إصابات  
الجهاز العصبى كالالتهاب السحائى ، والحمى الشوكية ( هارفى Harvey ،

وفى حالات اضطراب النوم المرتبط بالتنفس توجد أسباب عضوية تتمثل فى انسداد الممر الهوائى العلوى أو وجود تلف فى مركز ضبط التنفس فى المخ أو ارتفاع ضغط الدم .

### ثالثاً : الأسباب النفسية والاجتماعية :

تصنف الأسباب النفسية والاجتماعية لاضطرابات النوم إلى ست

مجالات هى :

١- أخطاء يتبعها الآباء فى معاملة الطفل فى موقف النوم :

ومن هذه الأخطاء مايلى :

- بعض الآباء ينتهج أسلوب التخويف وبث الرعب فى نفس الطفل كى ينام وهذا أكبر خطأ يقع فيه الآباء ؛ حيث ينام الطفل مهموماً خائفاً ومن ثم يعانى من الكوابيس والفزع الليلى .
- قص القصص المخيفة للطفل ، وهذه القصص تنعكس آثارها السلبية على الطفل فى نومه على شكل أحلام مزعجة مما يؤثر على استقرار نوم الطفل .
- غلق الغرفة على الطفل عند الذهاب للنوم ، وكذلك إطفاء مصابيح الغرفة مما يزرع الخوف فى نفس الطفل ويؤدى إلى اضطراب نومه .
- عدم تعويد الطفل منذ الصغر على النوم بمفرده ، حيث إن بعض الأسر تسمح للطفل بأن ينام فى فراش والديه حتى سن السادسة وهذا خطأ كبير لأن نوم الطفل فى فراش والديه يعرضه لسماع أو مشاهدة ما يدور بينهما فيدفعه فضوله فى ذلك إلى مقاومة النوم .

- بعض الآباء يوقظ ابنه من النوم لكي يلعب معه أو لأنه اشترى له لعبة جديدة ، وخاصة عندما يكون الأب مشغولاً طوال اليوم وليس عنده سوى هذه الفرصة ، وهذا خطأ كبير لأنهم في هذه الحالة يقطعون على ابنهم النوم الهادئ ، ومن الصعب أن ينام الطفل مرة أخرى بارتياح .
- تأخر النوم بالنسبة للطفل يحدث عنده توترات عصبية وخاصة عندما يستيقظ في الصباح للذهاب إلى المدرسة ولم يأخذ كفايته من النوم مما يؤدي إلى عدم التركيز في الدراسة والنوم داخل الفصل الدراسي .
- بعض الآباء يحدد مواعيد ثابتة وملزمة لنوم الطفل تحت أي ظرف من الظروف مما يجعل الطفل في بعض الأحيان ينام متوتراً لأنه أجبر على النوم ، ويشعر بالاضطهاد وعدم احترام شخصيته مما يعرضه للأحلام المزعجة .

٢- أخطاء الوالدين في تنشئة الطفل :

ومن هذه الأخطاء ما يلي :

أ- التذليل الزائد :

التذليل الزائد يجعل الطفل متعلقاً بأمه ، لا يستطيع البعد عنها ، وهذا يجعل النوم بالنسبة له خبرة مؤلمة ، لأنه يحرمه من أمه ، ويفصله عنها ، ويجعله وحيداً ، وهو لم يتعود على الوحدة ، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه ، فيخاف من النوم ، ويقاوم الذهاب إلى الفراش ومن ثم يعاني من الأرق والكوابيس المخيفة .

ب- طموح الوالدين الزائد :

كأن يطالب الوالدين من الطفل الحصول على الدرجات النهائية في

الاختبارات المدرسية ، وحينما يفشل الطفل في ذلك يشعر بالهم والإحباط لأنه لم يحقق طموحات والديه .

#### ج- القسوة الزائدة من الوالدين :

القسوة الزائدة من الوالدين تشعر الطفل بالنبذ ، وتحرمه من إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية فيفتقد الشعور بالأمن والاستقرار ، ويشعر بأنه غير مرغوب من والديه ، وهذا ما يجعله قلقاً مهموماً ومن ثم يشعر بالقلق والضيق فيضطرب نومه ويصاب بالأرق والكوابيس والفرع الليلي .

#### د- الخلافات الأسرية :

الخلافات التي تدب بين الوالدين تفسد الحياة الأسرية ، وتجعل الطفل قلقاً متوجساً ، خائفاً على والديه أو أحدهما فيقاوم النوم لخوفه عليهما من المشاجرات التي تدب بينهما ومن ثم يصاب بالأرق والفرع والكوابيس .

#### هـ- تفضيل الوالدين لأحد الأطفال على الآخر :

تفضيل الوالدين لأحد الأطفال عليه يشعر الطفل بالظلم ، ويحرمه من الأمن والطمأنينة في علاقته بوالديه ، ويشعره بالعجز وعدم الكفاءة فيضطرب نومه .

#### و- الخوف الزائد من الأم على الطفل :

قلق الأم على طفلها وخوفها الزائد عليه يجعلها أكثر التصاقاً به ، ولا تقوى على البعد عنه ، فيصيبها الهم والقلق عندما تنفصل عنه في النوم ، وتنتقل مشاعرها هذه إلى الطفل فيشعر هو الآخر بالقلق عندما يذهب إلى النوم ويضطرب نومه .

٣- الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الطفل في الأسرة والمدرسة :  
أكدت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين يتمتعون بنوم هادئ وطبيعي ومتصل يكونون أقل عصبية وعدوانية من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النوم ، فإثناء النوم يحدث هبوط نسبي في كل وظائف الجسم يزداد معه الفرد راحة ونمواً وتأخذ كل أعضاء الجسم فترة من الراحة فتستقر ضربات القلب ، وينتظم التنفس عن طريق نسبة الأكسجين المعتدلة التي تدخل إلى الرئتين ، وترتاح العيون ، وتسترخى العضلات ويدخل الفرد في حالة استقرار وجداني .

#### ٤- عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة :

من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى اضطرابات النوم هي عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة ، وتوجد عوامل كثيرة تكمن وراء عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة منها الضغوط النفسية ، والقلق ، ومشاهدة التلفيزيون ، والنوم لأوقات متأخرة وخاصة في أيام الأجازات ، وبعض الأمراض المزمنة كالروماتيزم والربو والحساسية ومن ثم يضطرب وقت النوم ووقت الاستيقاظ صباحاً مما يؤدي إلى اضطراب جدول النوم واليقظة فتقل ساعات النوم في بعض الأيام وتزداد في البعض الآخر ، وإذا استمر هذا الاضطراب لفترة طويلة يصبح هو القاعدة .

#### ٥- الارتباط السيئ بالأشياء التي تحيط بالفرد وقت النوم :

يتعلم الكبار وكذلك الأطفال أن يربطوا عملية الانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم بعوامل بيئية معينة مثل مكان معين ، أو سرير معين ، وهناك من الكبار - مثلاً - من يكون لديه ارتباطات سالبة بمثل هذه العوامل البيئية ومن ثم يفشل في النوم في فراشه ، بينما ينام بسرعة فوق أريكة تقع في

غرفة الجلوس أو غرفة الطعام حتى ولو كان جالساً ، وينطبق هذا الأمر بشكل واضح على الأطفال ويفسر ذلك على أنه نوع من التشريط الخاطئ الذى بدأ منذ الطفولة ثم استمر نتيجة عوامل معززة مختلفة ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٧٠ ) .

#### ٦- العادات السيئة الخاصة بتناول الطعام والشراب :

يعمد بعض الأفراد إلى تأخير تناول العشاء ويتناولون فيه كميات كبيرة من الأطعمة الدسمة فيصابون بالتخمة ، وضيق التنفس ، ومن ثم الكوابيس والأحلام المزعجة ، وكثرة الاستيقاظ مما يؤدي إلى الأرق ؛ لذلك يجب تناول وجبة العشاء قبل موعد النوم بحوالى ٣ - ٤ ساعات حتى لا يؤثر ذلك سلباً على النوم ، كذلك يجب تجنب تناول المشروبات الكحولية التى تحتوى على الكافيين فتناول الكحول يؤدي إلى أرق شديد يضاف إلى ذلك أن المواد الكحولية تزيد من فرصة انقطاع التنفس أثناء النوم ، كذلك أثبتت نتائج بعض الدراسات أن تناول الشيكولاتة والآيس كريم أثناء الليل يزيد الاضطرابات المرتبطة بالنوم ويسبب الكوابيس ، وفسر العلماء ذلك بأن الكافيين الموجود فى الشيكولاتة يعيق الاسترخاء مما يؤدي إلى الأرق وتقطع النوم والكوابيس المزعجة .

وهكذا يتضح أن الأسباب التى تؤدي إلى اضطرابات النوم متعددة ، وفى هذا الصدد أو على ضوء ذلك فإن هناك بعض الاعتبارات التى تؤخذ بعين الاعتبار منها :

- نظراً لأن الكلينيكى يعتمد على تقرير الأهل عن صعوبات النوم لدى أطفالهم فإنه يجب عليه تقييم المعلومات التى يحصل عليها بعناية ودقة

وذلك لأن الوالدين ربما يتحيزون لأطفالهم أو يتحيزون لتفاعلات ماضية مع الطفل أو بماضيهم الخاص بهم أو المصاعب الحالية في النوم .

- في معظم الحالات فإن المشكلات المتعلقة بعملية النوم تحدث في أعقاب الإيذاء الجنسي Sexual Abuse الحالى أو الماضى لذلك ينبغى على الكلينيكى أن يكون منتبهاً بدرجة كبيرة لهذا الاحتمال ويتبعه إذا اكتشف وجوده ، وفى الحالات التى يتم فيها الشك فى الإيذاء أو الانتهاك الجنى فإن الوالدين ربما لا يعرفون عن ذلك شيئاً أو ربما يكونون مترددين فى ذكر ذلك أو التبليغ عن هذه الأحداث الصدمية وبالتالي فإنهم يفشلون فى توفير أو تقديم المعلومات التى يكون لها احتمالات فى تفسير صعوبة النوم لدى الطفل .

- فى بعض الأحيان لا يقوم الوالدين بمشاهدة أو مراقبة نوم الطفل طوال الليل وبالتالي لا يكون لديهم معلومات دقيقة أو كاملة عن الأسباب التى تؤدى إلى اضطراب النوم ، على سبيل المثال إذا كان اضطراب الكابوس ليس مكرراً أو لا يسبب الضيق والفرع فإنه فى هذه الحالة لا يكون الوالدين أو الأطفال على وعى بها ، وهذا هو السبب الرئيسى وراء الإحالة إلى أخصائى اضطرابات النوم لملاحظة الطفل فى معمل النوم أثناء النوم ، وربما لا يكون هناك مبرراً له إذا تم جمع معلومات دقيقة من الوالدين أو الأهل ، ويتم هذا الإجراء عملياً باستخدام جهاز وصف أو تخطيط النوم ، ويعتبر هذا الإجراء مفيداً جداً رغم تكلفته الباهظة بدلاً من الخطأ فى التشخيص ، وبالتالي العلاج الخطأ أو غير الناجح لفترة زمنية دون الوصول إلى النتائج المرجوة .



هذا ؛ ويجب الإشارة إلى أن بعض اضطرابات النوم كالكوبييس ،  
والفزع الليلي ، والمشي أثناء النوم يمكن أن تنشأ عن اضطراب الأرق أو  
اضطراب مواعيد النوم واليقظة .

رابعاً : الأسباب البيئية :

غالباً ما يضطرب النوم بسبب الظروف البيئية التي تتمثل في :

أ- الضوضاء الخارجية :

فالتضجيج يؤدي إلى حدوث صعوبة في النوم ، كما يؤدي أيضاً إلى  
زيادة فرص النوم المتقطع ويحرم الفرد من الحصول على مراحل النوم  
العميق .

ب- الأحداث الاجتماعية :

الخلافات الاجتماعية ، وكذلك الخلافات الأسرية ، وضغوط العمل  
ومسئوليته ، أو وفاة شخص عزيز ، أو الانتقال إلى بيئة جديدة يمكن أن  
تؤدي إلى حدوث اضطراب في النوم .

ج- السفر :

السفر من مكان إلى مكان بالطائرة وخاصة في حالة وجود فروق في  
التوقيت .

د- تغيير مكان النوم :

تغيير حجرة النوم أو سرير النوم يسبب الأرق ، ويجعل الفرد يستغرق  
وقتاً طويلاً حتى يغلبه النعاس .

هـ- جو غرفة النوم :

يؤثر جو غرفة النوم على النوم بدرجة كبيرة ، فدرجة الحرارة  
المرتفعة أو المنخفضة تؤثر سلباً على نوعية النوم ؛ لذلك يجب أن تكون

درجة حرارة غرفة النوم مناسبة .

و- الإضاءة القوية :

الضوء الشديد في غرفة النوم يؤثر على النوم ؛ لذلك يجب أن يكون ضوء غرفة النوم خافتاً فالضوء الخافت يساعد على الاسترخاء .

أسباب الأرق المؤقت أو العارض :

نظراً لأن الأرق المؤقت أو العارض من السهل أن يتعرض له الفرد فإنه سيتم تناول مسبباته أو العوامل التي تؤدي إليه بشيء من التفصيل :

١- الاستجابة للتغير والضغط :

تعد الاستجابة للتغير أو الضغط أحد الأسباب الأكثر شيوعاً لحدوث الأرق العارض أو الأرق قصير الأمد ، وفي واحدة من أكبر الدراسات المسحية التي قام بها إدي وولبروهيل Eddy & Walbroehl ( ١٩٩٩ ) ذكر ٣٤ % من الإناث ، ٢٢ % من الذكور أن الضغوط العصبية أثرت على نومهم ، والعامل الكامن وراء هذه الحالة من الاضطراب يمكن أن يرجع إلى حدث جسيم مثل المرض الحاد أو إجراء الجراحة ، أو فقدان شخص عزيز ، وربما يرجع إلى حدث أقل مثل التقدم لامتحان ، أو تقلبات الطقس ، أو السفر ، أو مشاكل العمل ، وفي مثل هذه الحالات يعود نوم الفرد إلى حالته الطبيعية عندما يشفى الفرد أو عندما يتغلب على الحدث ويتكيف مع الموقف الجديد .

٢- التعب أو الإرهاق بعد رحلة سفر طويلة :

غالباً ما يسبب السفر الجوي الأرق فبعد الرحلات الطويلة بالطائرة يحتاج المسافر إلى يوم أو أكثر لكي يتكيف عبر كل منطقة زمنية ، والسفر

إلى المناطق التي تكون فروق التوقيت فيها متقدمة يكون أقل تأثراً من السفر إلى المناطق التي تكون فروق التوقيت فيها متأخرة ؛ وذلك لأنه من السهل على الفرد أن يطيل مرحلة الإيقاع الزمني على أن يقصرها .

### ٣- ظروف العمل :

توصلت نتائج العديد من الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعملون بنظام الورديات الليلية ، أو طبقاً لجدول في العمل تتضمن ورديتين أو ثلاث يعانون من الأرق وذلك بدرجة أكبر من الأفراد الذين يعملون في ورديات نهائية ، وفي دراسة قام بها إدي وولبروهيل Eddy & Walbroehl ( ١٩٩٩ ) وجد أن ٥٣ % من العمال الذين يعملون في ورديات ليلية ينامون أو يغلبهم النوم أثناء تأديتهم لوظائفهم مرة واحدة على الأقل كل أسبوع مما يوحي بأن ساعتهم البيولوجية لا تتوافق مع أوقات العمل غير العادية وهم معرضون لخطورة كبيرة بسبب الحوادث الناتجة عن الدوخة أو الدوار الذي يشعرون به بسبب قلة النوم ، كما توصلت نتائج إحدى الدراسات اليابانية إلى أن العمل الزائد عن الحد أمام الكمبيوتر ارتبط بأنواع الأرق المختلفة .

### ٣- الكافيين والخمور واستخدام المواد الأخرى :

تؤدي العادات الحياتية المختلفة إلى قلة النوم ، فتناول المواد التي تحتوي على الكافيين كالقهوة مثلاً من العوامل الشائعة إلى حد كبير في حدوث الاضطرابات المتعلقة بالنوم ، وما يقرب من ١٠ % إلى ١٥ % من حالات الأرق المزمن ينتج عن سوء استخدام المادة وعلى الأخص الخمور ، والكوكايين ، والمهدئات أو المسكنات ، ومما يجب الإشارة إليه أن تناول

الخمور أو المشروبات الكحولية لإحداث النوم يساعد في بادية الأمر على دخول الفرد في النوم إلا أنها تؤدي بعد ذلك إلى نوم متقطع وإلى الاستيقاظ ، وتزيد من خطورة حدوث اضطرابات النوم الأخرى مثل انقطاع التنفس أثناء النوم ، كما أن النيكوتين الموجود بالسجائر يسبب اليقظة والإقلاع عنه يسبب الأرق العابر ، كما أن تناول الأدوية وخاصة التي تحتوي على الكافيين والمواد المهدئة يسبب الأرق .

#### ٥- عادات رفيق حجرة النوم :

أظهرت نتائج الدراسة المسحية التي قام بها إدي وولبروهيل Eddy & Walbroehl ( ١٩٩٩ ) أن ١٧ % من الإناث ، ١٥ % من الذكور ذكروا أن عادات من يشاركونهم غرفة النوم تعوق نومهم ، فالشخير كان عاملاً في حدوث الأرق لمن يشارك الشخص الذي يعاني منه غرفة النوم ، وأظهرت نتائج المسح أيضاً أن ٤٤ % من الذكور ، ٣٦ % من الإناث قد ذكروا الشخير لبضع ليال في الأسبوع ، ومن بين الذين يشخرون كان ١٩ % منهم يسمع شخيرهم رغم غلق باب حجراتهم .

#### ٦- العوامل البيئية :

يسبب الضوء الشديد ، ودرجة الحرارة غير المريحة الأرق العابر ، فمن المعروف أن الساعة البيولوجية تتأثر بضوء الشمس وكذلك الضوء الصناعي الساطع أو المبهر .

#### ٧- الحالات أو الظروف الطبية :

أظهرت نتائج المسح الذي قام به إدي وولبروهيل Eddy & Walbroehl ( ١٩٩٩ ) أن ٢٢ % من أفراد العينة ذكروا أن الظروف

الصحية نتيجة الألم أو عدم الراحة أعانت نومهم ، ومن المشكلات الصحية التي تسبب الأرق أيضاً الحساسية ، والتهاب المفاصل ، وأمراض القلب ، والربو ، وارتفاع ضغط الدم ، والروماتيزم ، ومرض الزهايمر ، ومرض باركينسون ، وزيادة إفراز الغدة الدرقية .

#### ٨- الاضطرابات الانفعالية :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن حالات الأرق المزمن ترجع إلى الاضطرابات النفسية المختلفة كالقلق المزمن ، والتوتر ، والاكتئاب ، كما أن معظم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يشكون من الأرق وإن كان ليس واضحاً أى منهما يؤدي إلى حدوث الآخر ، كما أن المحن النفسية التي يمر بها الفرد خلال حياته كالأحداث النفسية المثيرة والمحنة تؤدي إلى حدوث الأرق .

#### ٩- التقلبات الهرمونية :

يؤدي اضطراب هرمونات الأنثى إلى حدوث الأرق ، فمن المعروف أن هرمون البروجسترون Progesterone وهو الهرمون الذي يهيئ الرحم لاستقبال البويضة الملحقة يحفز على النوم ، ومستوى هذا الهرمون يقل أثناء فترة الحيض مما يسبب الأرق ، وتزداد أو ترتفع نسبته خلال فترة التبويض ثم ينخفض مرة أخرى أثناء شهور الحمل مما يعوق أو يكدر نوم الأم الحامل ، وعندما يتوقف الحيض أو عندما تبلغ الأم سن اليأس يقل إفراز هذا الهرمون بنسبة كبيرة ، وبالتالي يضطرب نومها بشدة وتصبح في حالة شبه يقظة ، وتستيقظ من النوم من حين إلى آخر خلال الليل وتستمر هذه الحالة خلال الشهور الأولى من توقف الحيض .

تفسير النظريات العلمية لاضطرابات النوم :

أولاً : النظريات القديمة :

١- نظرية التحليل النفسى :

اهتم علماء التحليل النفسى بدراسة صعوبات النوم عند الأطفال ، وفسروها بعدة عوامل منها : قلق الانفصال ، والقلق الأوديبى ، والخوف من ظهور الرغبات المكبوتة ، وفيما يلى عرض لكل عامل من هذه العوامل بشئ من التفصيل :

أ- قلق الانفصال : يفصل النوم الطفل عن والديه ، ويشعر بعض الأطفال بالقلق من هذا الانفصال ، فيكفون النوم ، ويقاومون الذهاب إلى الفراش أو يسهرون ويعانون من الأرق ، أو من النوم الخفيف المنقطع ، أو يرفضون النوم إلا فى أحضان أمهاتهم ، وهذا يعنى أن صعوبات النوم هى إعلان لرفض الطفل الانفصال عن أمه لتعلقه بها ، أو لخوفه عليها وما قد يحدث لها أثناء نومه ، أو لخوفه من الوحدة التى يشعر بها أثناء النوم .

ب- القلق الأوديبى : يصاحب القلق الأوديبى الذى يعانى منه الأطفال فى سن ٤ - ٦ سنوات صعوبات فى النوم ؛ حيث يسقط الولد خوفه من أبيه على أى شئ مثل : الأشباح ، والحيوانات المفترسة ، ويستدل علماء التحليل النفسى على صحة هذا التفسير من انتشار الفزع أثناء النوم عند الأطفال فى سن ما قبل المدرسة ، وزيادة صعوبات النوم عند الأولاد أكثر منها عند البنات .

ج- الخوف من الرغبات المكبوتة : عند تدريب الطفل على تنظيم عمليات الإخراج قد يعامله والداه بقسوة ، فيشعر بالعداوة نحوهما ، ولكنه

يكبتها ويخاف من النوم لأنه يضعف سيطرته على هذا الشعور وغيرها من الرغبات المكبوتة في اللاشعور ويخشى ظهورها في الشعور ، فإلحاح هذه الرغبات وخوف الأنا من ظهورها قد يسبب الأرق والنوم المتقطع ، وقد تؤدي قسوة الوالدين على الطفل في مواقف التبول اللاإرادي إلى خوف الأنا الأعلى عنده من الوقوع في الخطأ وبالتالي لا يرغب في النوم لخوفه من أن يبلى فراشه ، ويعاقبه والداه ، فيعاني الأرق أو السهر ، والكابوس والفرع أثناء النوم ، ومما يؤيد هذا التفسير انتشار مقاومة الذهاب إلى الفراش ، ومقاومة الدخول في النوم ، والرغبة في السهر عند الأطفال من سن ٢ إلى ٥ سنوات ، وهي فترة التدريب على تنظيم عمليات الإخراج ( محمد عودة وكمال إبراهيم مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٣ - ٣١٤ ) .

## ٢- النظرية السلوكية :

يرى علماء المدرسة السلوكية أن النوم العادي أو الطبيعي والنوم المضطرب سلوكيات متعلمة ، فكل أسرة تعلم طفلها السلوك المقبول في النوم فينام نوماً مستمراً وعميقاً لفترة تكفي حاجته ، أو تعلمه السلوك غير المقبول فيضطرب نومه ويقلق ، كما يرجعون صعوبات النوم عند الأطفال إلى أخطاء الوالدين في تنشئة طفلها فيعلمانه الخوف من النوم من خلال الارتباط الشرطي للنوم بأشياء مخيفة تتعلق بمكان النوم أو ظروفه أو مواعيده أو تجعله يتعلم صعوبات النوم بالتطبيق الخاطئ للثواب والعقاب في مواقف النوم ، حيث يحدث تدعيم لسلوكيات صعوبات النوم ، وإضعاف لسلوكيات النوم العادي أو الطبيعي ، كما يمكن أن يتعلم الطفل صعوبات النوم

بالتقليد الاجتماعي لصعوبات النوم لدى الراشدين المهمين فى  
( محمد عودة وكمال إبراهيم مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٥ ) .

ثانياً : النظريات الحديثة :

#### ١- النظرية الوعائية Vascular Theory

يُعد العالم الفسيولوجى الإيطالى الأصل موسو Mosso من  
أنصار هذه النظرية ؛ حيث يرى أن النوم يحدث نتيجة قلة دوران أو  
الدم إلى المخ وتوصل إلى ذلك نتيجة لما لاحظته من أنه إذا ضغطت  
الدموية الكبيرة فى العنق ( الأوعية السباتية ) التى تمد المخ بالدم فإن  
يغيب عن وعيه ويسقط مغشياً عليه كالنائم .

بينما يرى فريق من العلماء عكس ذلك ؛ حيث يرون أن زيادة  
الدم الواردة إلى المخ هى التى تستدعى النوم واستندوا فى ذلك إلى  
الشخص الذى يصاب بنزيف دماغى يفقد رشده ويغشى عليه كالنائم ، و  
الأخير يخلط بين النوم الطبيعى المعتاد وبين الحالات المرضية مما يلا  
أثناء النوم من انخفاض ضغط الدم ونقص عدد ضربات القلب ، و  
التنفس ، وقلة الدم الوارد إلى المخ كلها أمور تحدث أثناء النوم ، ولذا  
ليست السبب فى حدوثه .

#### ٢- النظرية الكيميائية Chemical Theory

مؤدى هذه النظرية أن جسم الإنسان أثناء نشاطاته الجسدية  
والفسيولوجية المختلفة ، ومن خلال العديد من العمليات الكيميائية  
والحيوية التى تحدث داخل الجسم يُنتج العديد من الفضلات أو الم  
الضارة أو السموم ، وهذه الفضلات أو السموم عندما تزيد نسبتها ف



الدم وخاصة فى السائل الدماغى الشوكى تؤثر على المراكز العصبية فيشعر الإنسان بالتعب والخمول ويحدث النوم ، وأثناء النوم يتخلص الجسم تدريجياً من هذه النواتج الضارة عن طريق إنحلالها وتأكسدها فيستعيد الجهاز العصبى نشاطه ويستيقظ الإنسان من النوم ، ومن أبرز أنصار هذه النظرية العالمان الفرنسيان هنرى بيرون Pieron وليجندر Legender واقترنت هذه النظرية بأسمهما وأيدها بعدد من التجارب المعملية .

ومن هذه التجارب على سبيل المثال أنهما كانا يمنعان عدداً من الكلاب من النوم لفترة طويلة تصل إلى عشرة أيام متتالية حتى تشرق على الإجهاد والإعياء ، وعند ذلك يأخذون مصل دماغها ويحقنونه فى أوردة كلاب أخرى نامت نوماً جيداً وفى حالة يقظة تامة فوجدوا أن تلك الكلاب استسلمت للنوم فوراً عقب عمليّة الحقن مباشرة ، ونتيجة لذلك قرر العالمان الفرنسيان أن النوم يحدث بفعل توكسينات الدم أو التوكسينات المخدرة التى تتجمع فى الدم وفى السائل الدماغى الشوكى وتؤدى إلى النوم ، وهكذا يمكن القول بأن النوم وظيفة حيوية تحمى الجسم من التسمم وتهيئته لاستعادة نشاطه وحيويته .

ويؤخذ على هذه النظرية أنها لا تفسر حدوث النوم المفاجئ ، وكذلك اليقظة المفاجئة ، كما أنها لا تتسجم مع ما نشاهده فى الحياة اليومية المعتادة عندما يكتفى شخص ما بحالة نوم خفيف سريع لا يتجاوز بضع دقائق يغفو فيها ثم ينهض نشطاً منتعشاً ليستأنف عمله اليومى المعتاد فمتى حدث التسمم

ومتى زال ؟ ، كما أن هذه النظرية لا تفسر أيضاً لماذا لا ينام الأفراد الذين لا يبذلون مجهوداً بدنياً شاقاً مدة أقل من الأفراد الذين يبذلون مجهوداً عقلياً أو جسيمياً شاقاً ؟ ، فالمفروض حسب هذه النظرية أن من يتعب أكثر تزداد تلك السموم في جسمه وبالتالي يجب أن ينام فترة أطول من أولئك الذين لا تتكون في أجسامهم تلك السموم بتلك الكمية نظراً لأنهم في حالة راحة أكثر .

وهكذا يمكن القول بأن هذه النظرية توضح أسباباً تهيئ الفرد للنوم ، ولكنها لا تفسر النوم ذاته ولا توضح طبيعته .

واستكمالاً لجهود بيرون وليجنر Pieron & Legender اتجه العالم الفسيولوجى جون بابنهيمر Papienheimer ومساعديه إلى عزل تلك السموم التى تحدث عنها فاتخذ الماعز وسيلة للتجريب ؛ حيث منعوها من النوم لمدة يومين ومن السائل الدماغى الشوكى لها أخذوا - كما فعل بيرون وليجنر بالكلاب - مقادير صغيرة ثم حقنوا هذه المقادير فى أوردة الأرانب والفئران فنامت على الفور ، وعندما أعيدت التجربة باستخدام السائل المخى الشوكى لماعز نامت نوماً جيداً فور استيقاظها لم تكن لتلك المقادير أى تأثير على الأرانب والفئران ، واستخلصوا من تلك التجارب أن السائل المخى الشوكى يحتوى على مادة تؤدى إلى النوم أطلقوا عليها اسم عامل النوم Sleep Factor والذي يرمز له بالرمز ( S ) .

ومع مطلع عام ١٩٨٢ تمكن العلماء من جمع هذه المادة من بول الإنسان وتحليلها وتحديد تركيبها الكيميائى وأطلقوا عليها اسم مادة النوم الطبيعية ، وتتكون هذه المادة من أربعة أحماض هى : الجولتامين ، Gultamin ، والألنن Alanine ، والداى أمينوبيمليك Diaminopimelic ،

والميورامك Muramic وعندما جربوا حقن مادة النوم الطبيعية هذه فى الأرناب وجدوا أنها تضاعف مدة النوم التى تحتاجها الأرناب لضعفين إلا ربعا .

### ٣- نظرية مركز النوم Sleep Center Theory

يرى أصحاب هذه النظرية أن النوم عملية فسيولوجية لا تقل أهمية بأى حال من الأحوال عن العمليات الفسيولوجية الأخرى المهمة فى حياة الإنسان مثل التنفس ، وضربات القلب ، والإحساس بالعطش أو الجوع... الخ ومن المعروف أن كل عملية من هذه العمليات لها مراكز موجودة فى المخ ، ونفس الكلام ينطبق على وجود مركز للنوم فى المخ يكون مسئولاً عن حدوثه ويتحكم فيه ، ومما يؤكد ذلك أن عالم الفسيولوجيا النمساوى إكونومو Economo لاحظ أن المرضى الذين يموتون نتيجة الإصابة بالتهاب المخ كان يظهرون قبل وفاتهم اضطرابات شديدة فى النوم ، وعندما تم تشريح جثثهم وجد حدوث تغير مرضى فى جزء المخ القريب من قاعدته ، وافترض وجود مركز فى تلك المنطقة أدت إصابته إلى حدوث الاضطرابات الشديدة فى النوم التى شوهدت قبل الوفاة ، وأيد ذلك عالم الفسيولوجيا السويسرى هيس Hess حيث توصل إلى أن إتلاف هذه المنطقة يؤدى إلى حدوث النوم .

### ٤- نظرية الكف والإثارة لبافلوف :

اعترض عالم الفسيولوجيا الروسى بافلوف على النظرية السابقة وأنكر وجود مركز النوم وفسر الظواهر والتجارب التى لاحظها إكونومو Economo وهيس Hess تفسيراً آخر ؛ حيث يرى أن حالة النوم المرضى الطويلة الأمد التى تعترى المصابين بالتهاب المخ لا ترجع إلى وجود مركز

الفصل السادس  
علاج اضطرابات النوم

## علاج اضطرابات النوم

الهدف من علاج اضطرابات النوم هو مساعدة الأفراد على أن يستعيدوا فوائد النوم الطبيعي ، وفيما يلي وصف لبعض العلاجات المتخصصة التي قد تصلح لبعض الاضطرابات دون الأخرى .

### أولاً : العلاج العضوى :

هذا العلاج ينصح به الأطباء فى الحالات التى يوجد فيها سبب عضوى يقف خلف اضطرابات النوم ، أو فى الحالات التى يكون فيها اضطراب النوم ثانوياً لاضطراب جسمى أو نفسى أو عقلى ؛ حيث يتم التركيز على علاج السبب الأسمى ومن ثم تختفى مشكلات النوم كما هو الحال عند علاج بعض الأمراض الجسمية كالآلام الروماتيزمية ، أو آلام الجهاز الدورى ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٧٣ ) .

كما أنه يجب علاج الاضطرابات العضوية أو الفسيولوجية التى تؤدى إلى اضطرابات النوم مثل الإمساك أو الإصابة بالديدان ، أو التهاب اللوزتين ، أو اضطرابات التنفس ، أو ارتفاع درجة الحرارة ، أو علاج حالة انخفاض مستوى السكر فى الدم بإعطاء المريض وجبة إضافية من الكبروهيدرات قبل النوم مباشرة ( حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣٩ ) .

### ثانياً : العلاج الطبى Medical Treatment

العلاج الطبى هو أكثر العلاجات شيوعاً وانتشاراً للأرق ، ولقد قدر الباحثون أنه خلال أى سن معينة من العينة السكانية العامة يستخدم ٢,٧% من الذكور ، ٥,٥% من الإناث أدوية يصفها لهم الأطباء لمساعدتهم فى

التغلب على المشكلات المتعلقة بالنوم ، وأن ٣ % من الذكور والإناث يستخدمون أدوية يشترونها مباشرة من الصيدليات بدون تذاكر طبية أو روصات ( ميلنجر وآخرون Mellinger et al. ، ١٩٨٥ ، ٢٢٧ ) .

وعادة يكتب الأطباء للأفراد الذين يشكون من الأرق تذكرة طبية تحتوي على الأدوية المتعددة للبينزوديازيبينات Benzodiazepines ( المهدئات والمنومات ) التي تتضمن أدوية ذات مفعول قصير مثل التريازولام Triazolam ( هالكينون Halcion ) وأدوية ذات مفعول طويل مثل الفلورازيبام Flurazepam ( دالمان Dalmane ) وعادة يفضل الأطباء الأدوية قصيرة المفعول لأن العقاقير طويلة المفعول يستمر تأثيرها لفترة طويلة أثناء النهار ( جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٦ ) ، وينتشر تعاطى الأدوية قصيرة المفعول والأدوية طويلة المفعول بدرجة كبيرة لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً ( ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٦١ ) .

كما أن الفلورازيبام Flurazepam يقوم الأطباء بوصفه باستمرار ؛ لأن تأثيره يدوم على مدى شهر كامل من استخدامه المستمر ، إلى جانب أنه لا يؤدي إلى عودة الأرق عند إيقافه ، ومع ذلك فإن الفلورازيبام مثله مثل أى منوم آخر يؤدي إلى إزعاج نوم حركة العين السريعة ( هايروري Hauri ، ١٩٩٧ ، ١١١٣ ) .

كما أن أدوية الأرق بصفة عامة تُطرد من الجسم ببطء شديد مما يجعل الأفراد الذين يتعاطونها فى حالة نعاس شبه دائم مع شعورهم بضعف الأداء فى بعض المهام مثل قيادة السيارات إلى جانب الاضطراب الإدراكى ، وآلام

العضلات والتتميل والعرق الغزير والصداع ، ولهذه الأسباب جميعها تصبح بدائل العلاجات الدوائية الآمنة مرغوبة بشكل أكبر ( صفوت فرج ، ٢٠٠٠ ، ٧٠٥ - ٧٠٦ ) .

ومما يجب الإشارة إليه أنه يجب أن يتوقف المفحوصون عن تناول الأدوية المنومة قبل بدء برامج العلاجات السلوكية تفادياً للآثار التي يحدثها انسحاب هذه الأدوية على العلاج ودائماً ما ينصح المعالجون النفسيون بإنهاء مرحلة انسحاب هذه الأدوية قبل بدء العلاج النفسى .

ويرى هارفى Harvey ( ٢٠٠٠ ، ٥٤ ) أنه من عيوب العلاج بالأدوية

ما يلى :

- أن أدوية البنزوديازيبينات يمكن أن تسبب الإفراط فى النوم .
- أنه من السهل الاعتماد بسهولة على تعاطى هذه الأدوية ، ومن ثم تتكون لدى الأفراد عادة إساءة الاستخدام سواء عن عمد أو قصد أو لا .
- أن هذه الأدوية مخصصة للعلاج قصير الأجل أو لفترات قصيرة ولا يوصى باستخدامها لمدة أطول من أربعة أسابيع ، فالاستخدام الأطول لهذه الأدوية يمكن أن يسبب الاعتماد عليها ، ويمكن أيضاً أن يسبب الأرق المتكرر الحدوث أو المرتد Rebound Insomnia .

ولمساعدة الأفراد الذين يعانون من الإفراط فى النوم وكذلك الذين يعانون من غفوات النوم المفاجئة يصف الأطباء لهم دواء منبه مثل الميثيل فيندت Methylphenidate أو الأمفيتامين Amphetamine ( هارفى Harvey ، ٢٠٠٢ ، ١٨ ) .

## علاج اضطرابات النوم

ويتم علاج الانهيار العضلى أو فقد قوى العضلات باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب وذلك ليس لأن الأفراد الذين يعانون من الانهيار العضلى يكونون مكتئبين ولكن لأن مضادات الاكتئاب تخمد نوم حركة العين السريعة أو النوم الحالم أو نوم جذع المخ إذ أن الانهيار العضلى يرتبط ببداية حدوث نوم حركة العين السريعة ؛ ولهذا فإن الأدوية المضادة للاكتئاب تفيد فى خفض هذه النوبات ( هارفى وباين Harvey & Payne ، ٢٠٠٢ ، ٢٧١ ) .

ويركز علاج اضطراب النوم المرتبط بالتنفس على مساعدة الشخص على التنفس بطريقة أفضل أثناء النوم ، وبالنسبة لبعض الأفراد وخاصة السمان يكون من المفيد جداً إنقاص الوزن لأن الوزن الزائد عن الحد يساعد على حدوث هذا الاضطراب فالأفراد الذين يعانون من السمنة يقوم النسيج الناعم للرقبة بالضغط على ممر الهواء مما يسبب ضيقه ، وبالتالي صعوبة فى عملية التنفس ، ونظراً لأن فقدان الوزن الإرادى نادراً ما يكون ناجحاً على المدى الطويل فإن هذا الأسلوب العلاجى لم يثبت نجاحه ( جوليمينالت وديمنت Guillemineault & Dement ، ١٩٨٨ ، ٥٤ ) .

ومن الأدوية التى تستخدم فى علاج التوقف عن التنفس أثناء النوم أو تحسين عملية التنفس مجموعة العقاقير التى تحفز أو تساعد على تنشيط التنفس مثل ميدروكسى بروجسترون Medroxy progesterone أو مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants التى تؤثر على نوم حركة العين السريعة ، وهذه الأدوية تقلل من ارتجاع العضلات أثناء النوم حركة العين السريعة



ومن ثم تتحسن قدرة الشخص على التنفس ( هارفي Harvey ،  
٢٠٠١ ، ٧ ) .

وهناك طرق ميكانيكية تستخدم لتثبيت وضع اللسان أو الفكين أثناء النوم للمساعدة في تحسين عملية التنفس ولكن هذه الطرق تسبب الضيق وعدم الارتياح لذلك يرفضها معظم الأفراد .

والعديد من المشكلات المتعلقة بالتنفس تحتاج إلى جراحة لإزالة انسداد أجزاء الممرات الهوائية الذي يتمثل في انحراف الحاجز الأنفي أو استئصال أية زوائد لحمية بالجيوب الأنفية أو استئصال الجزء المتضخم من غضاريف الأنف وذلك باستخدام المنظار الجراحى ، أما فى حالات ترهل سقف الحلق فالعلاج يمكن أن يكون جراحياً أو بالليزر لشد سقف الحلق وتقويمه واستئصال جزء من اللهاة المتدلّية من سقف الحلق ، وهذه العمليات تساعد على توسيع مجرى الهواء كما أن هناك علاجاً باستعمال الليزر كبديل للتدخل الجراحى وذلك لتقليص عضلات سقف الحلق فى حالة ترهلها بهدف توسيع منطقة الحلق والبلعوم لتسمح بدخول الهواء وهى جراحة بسيطة تتطلب البقاء يوماً واحداً بالمستشفى ( بارلو وديوراندا Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٧ ) .

أما علاج زعر أو مخاوف النوم يبدأ عادة بالتوصية بالانتظار ورؤية أو ملاحظة ما إذا كانت هذه المخاوف ستختفى من تلقاء نفسها أم لا ، فإذا استمرت وتكررت لوقت طويل فإنه يوصى باستخدام مضادات الاكتئاب مثل الإمپرامين Imipramine أو البينزوديازيبينات

Benzodiazepines (ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٥٩) على الرغم من أنه حتى اليوم لا يوجد علاج فعال ودائم لعلاج الذعر أو المخاوف التي تحدث أثناء النوم .

ويتفق معظم الكليينكيون على أن استخدام الأدوية فى علاج اضطرابات النوم فى مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة هو الملاذ الأخير الذى يجب التفكير فيه أو وضعه فى الاعتبار ؛ وذلك بعد اتباع الطرق السلوكية ذات النجاح المحدود ( داهل Dahl ، ١٩٩٢ ، ١٧٠ ) ، فالآثار الجانبية للأدوية ، والقدرة على عدم تحمل بعضها ، والكف عن استخدامها فى بعض الأحيان ، يجعل من الضرورى المضى قدماً فى محاولات خيارات العلاج الأخرى قبل الاتجاه للعلاج بالأدوية ، وتشتمل الاستثناءات على الحالات التى يكون فيها الاضطراب مسبباً اضعف حاد وشديد أو يفرض تهديداً مميتاً للطفل على سبيل المثال الانهيار العضلى الحاد أثناء نوبات النوم المفاجئة الذى ربما يؤدى إلى وقوع حوادث .

وفى حالة استخدام العلاج بالأدوية من الأفضل استخدامها بالاشتراك مع التدخلات السلوكية ، ومما يجب التأكيد عليه أو تذكير الوالدين بشأنه هو أن جميع الأدوية يجب أن تصرف تحت إشراف طبي دقيق ، وعلاوة على ذلك ينبغى إعطاء أقل جرعة لأقصر فترة ممكنة وذلك لتجنب الآثار الجانبية غير المتوقعة التى ربما تضعف أو تعوق الأداء المدرسى .

وبصفة عامة فإن الغرض من استخدام الأدوية فى علاج اضطرابات النوم فى الطفولة هو السيطرة أو الحد من الأعراض المرضية الشديدة ، وفى

مثل هذه الحالات الحادة يتم استخدام العلاج السلوكي والعلاج الدوائي معاً ، وبمجرد أن يثبت نجاحهما في السيطرة على اضطرابات النوم ينبغي خفض الجرعة الدوائية وذلك بعد استشارة الطبيب ثم التوقف تماماً عن استخدام الدواء ، ولقد استخدمت العديد من الأدوية بنجاح فى علاج اضطرابات النوم ، ويجب على الأطباء الذين يكتبون هذه الأدوية فى روصاتهم لتحسين النوم عند الأطفال والمراهقين أن يكونوا حريصين وفطنين ومتدبرين للعواقب أو التأثيرات الضارة لهذه الأدوية .

ومجموعة البنزوديازيبينات Benzodiazepines مثل الـديازيبام Diazepam استخدمت فى علاج اضطرابات اليقظة Arousal Disorders وذلك بسبب تأثيراتها الخاملة للمرحلة الثالثة والمرحلة الرابعة لنوم حركة العين السريعة ، كما اتضح أن مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants مثل الإمپرامين Imipramine ، والبروتريبتلين Protriptyline تخمد مرحلة نوم حركة العين السريعة ، لذلك تستخدم فى علاج الانهيار العضلى لدى الأشخاص الذين يعانون من الانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات كما أن منبهات الجهاز العصبى المركزى مثل الميثيل فينيديت Methylphenidate والبيمولين Pemoline تستخدم فى علاج النوم أثناء النهار ( هارفى وآخرون Harvey et al. ، ٢٠٠٢ ، ٢٦٣ ) .

وتعتمد الجرعة العلاجية على وزن جسم المريض ، ويجب مراقبة ذلك بحزم ، ومما يجب التأكيد عليه جيداً أن استخدام العلاج بالأدوية التى يوصى بها الطبيب يمثل غالباً الملجأ الأخير فى علاج اضطرابات النوم فى الطفولة والمراهقة .

وتوجد مجموعة من الإرشادات العامة بخصوص استخدام أدوية النوم منها ما يلي :

- الحبوب المنومة أدوية ذات مفعول شديد تؤثر على وظائف الجسم عموماً ، والجهاز العصبى خصوصاً ، ويجب عدم اللجوء لاستخدامها إلا فى حالات الضرورة القصوى عندما لا يكون هناك اختيارات أخرى .
- أن تداول واستخدام هذه الأدوية لابد أن يكون تحت إشراف طبي وبالجرعات التى يحددها الطبيب المختص ، ولا يجب أن تؤخذ عشوائياً .
- قصر استعمال هذه الأدوية على الحالات التى تتطلب ذلك ، ووضع قيود على وصفها ، وتكرار صرفها ، واستخدامها لفترة زمنية محددة مع العلم بأن فاعليتها تتناقص كلما طالت فترة استعمالها .
- توخى الحرص والحذر فى استخدام هذه الأدوية وملاحظة ظهور أى آثار جانبية محتملة ، والتوقف عن استخدامها بصورة تدريجية وفى الوقت المناسب تحت الإشراف الطبي ( لطفى الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٧٧ - ٧٨ ) .

### ثالثاً : العلاج النفسى Psychological Treatment

نظراً لأن العلاج بالأدوية لا يوصى به عادة تم استخدام طرق أخرى لإعادة الأفراد إلى ما كانوا عليه بالنسبة لإيقاعات نومهم .

وأحد المبادئ العامة لعلاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة هو تحريك وقت النوم إلى مرحلة متأخرة ، وهذا التأخير يكون أسهل من تحريك وقت النوم إلى الأمام ، وبمعنى آخر من السهل أن يسهر الفرد لعدة ساعات عن

المعتاد على أن يجبر نفسه على الذهاب إلى النوم في وقت مبكر يقدر بعدة ساعات ، فوضع جدول لهذه التغييرات في اتجاه عقارب الساعة ( جدول يبدأ من النهار إلى المساء ) يساعد الأفراد على التكيف بطريقة أفضل فيستطيع الأفراد أن يعيدوا التكيف إلى أنماط نومهم ، وذلك بذهابهم إلى الفراش في وقت متأخر كل ليلة حتى يحين وقت النوم في الساعة المرغوب فيها ( سيشلر وآخرون Czeisler et al. ، ١٩٨٦ ، ٦٦٨ ) ، ويؤخذ على هذه الطريقة أنها تتطلب من الفرد أن ينام في أثناء النهار لعدة أيام متتالية وهذا الإجراء يكون صعباً بالنسبة للأفراد الذين لديهم مسئوليات ترتبط بجدول زمنية صباحية بطريقة منتظمة .

وهناك طريقة أخرى تتضمن استخدام ضوءاً لامعاً يسلط على جذع المخ لكي يعيد ضبط أو تعديل الساعة البيولوجية ، وهذا الضوء اللامع يساعد الأفراد الذين يعانون من اضطراب مواعيد النوم واليقظة لكي يعيدوا ضبط أنماط نومهم ، وفي هذه الطريقة يجلس الفرد بطريقة نمطية أمام صف من المصابيح الفلوريسنت التي تولد ضوء يعادل ١٠ أضعاف الضوء العادي في المنزل والتعرض لهذا الضوء لعدة ساعات يساعد على ضبط مواعيد النوم واليقظة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم ( سيشلر وآلان Czeisler & Allan ، ١٩٨٩ ، ١١٣ ) .

### علاج الأرق :

الأرق هو أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ، ويزيد مع التقدم في السن ، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن حوالي ٤٠ % من الإناث ، ٣٠ % من الذكور يعانون من الأرق ، كما أظهرت نتائج إحدى الدراسات أيضاً أن حوالي ٢٠ % من الأفراد الذين يعانون من

الأرق لديهم صعوبة في المحافظة على النوم أو مواصلته ، وأظهرت نتائج مسح قامت به إحدى الجامعات الأمريكية أن الأرق يؤثر فيما يقرب من ١٠% - ١٧% من البالغين في العينة السكانية العامة .

ويعتبر الأرق شكوى عامة أو شائعة لها العديد من المضاعفات الطبية والنفسية ففي بعض الحالات يكون الأرق عرض لحالة أخرى تتعلق بالناحية الطبية أو البيئية أو النفسية ، وفي هذه الحالة فإن علاج الأرق أو التخلص منه يعتمد على التشخيص الدقيق ومعرفة الأسباب التي أدت إليه ، وفي حالات أخرى يكون الأرق اضطراب أساسي يحتاج إلى العلاج مباشرة ، ويؤدي الأرق إلى العديد من الاضطرابات النفسية التي تتمثل في القلق والاكتئاب والشكوى من الآلام الجسدية المتعددة ، كما يتسبب الأرق في انتشار العديد من حوادث قيادة السيارات ، وهكذا يتضح أن الأرق يتدخل في أنشطة الحياة المختلفة ويؤثر عليها .

والأرق المعتدل يمكن الشفاء منه عن طريق اتباع عادات جيدة للنوم ، أما الأرق المزمن أو طويل الأمد يتضمن علاج أية حالات ظاهرة أو مشكلات صحية تكون مسببة له ، ويفيد العلاج السلوكي والعلاج بالأدوية في هذا الصدد ، وتركز الطرق السلوكية في العلاج على تغيير السلوكيات أو أوجه السلوك التي تزيد الأرق سوءاً ، كما تركز على تعلم سلوكيات جديدة للتخلص من الأرق ، وربما لا يحتاج الأرق العابر أو المؤقت Transient أو الأرق المتقطع Intermittent أو الذي يحدث من آن لآخر إلى علاج ؛ حيث إن فترة حدوث أي منهما تستغرق بضعة أيام فقط ، فمثلاً إذا كان الأرق يرجع إلى تغير

مؤقت فى جدول مواعيد النوم واليقظة كما فى حالة التعب أو الإجهاد بعد رحلة طيران طويلة فإن الساعة البيولوجية للشخص ستعود غالباً إلى حالتها الطبيعية من تلقاء نفسها ، أما بالنسبة لبعض الأفراد الذين يمرون بتجربة النعاس أثناء النهار وضعف فى الأداء نتيجة للأرق المؤقت أو العابر فإن استخدام الأقرص المنومة القصيرة المفعول قد تحسن من عملية النوم أو الانتباه فى اليوم التالى لتعاطيها على الرغم من وجود آثار جانبية محتملة نتيجة لهذا التعاطى ، ويجب عدم تناول أية أدوية بدون استشارة الطبيب وكذلك شراء أية أدوية بدون تذكرة طبية ، ومما يجب التأكيد عليه أنه لا داعى لأن تشعر بالحرى من طلب المساعدة الذاتية بشأن اضطرابك أو معاناتك من الأرق ، فالأرق ليس مسألة تافهة إذ يمكن أن يسبب الضعف أو الوهن فإذا تمكن الأرق من الفرد من الصعب أن يفارقه .

ويتضمن علاج الأرق المزمن ما يلى :

- تشخيص وعلاج المشكلات الطبية والنفسية التى يعانى منها الفرد .
- التعرف على أو تحديد أوجه السلوك التى تساعد على حدوث الأرق والتوقف عنها أو تقليلها .
- اتباع التكنيكات أو الأساليب السلوكية لتحسين النوم مثل العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy ، وعلاج تحديد النوم Sleep Restriction Therapy ، وإعادة الاثتراط Reconditioning ، وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يحسن النوم لدى الأفراد الذين يعانون من الأرق .
- من الممكن استخدام الأقرص المنومة على الرغم من أن تناول

هذه الأقراص يدور حوله الكثير من الجدل والنقاش ؛ لذلك يجب أن يكون تعاطى هذه الأقراص تحت إشراف طبي وعلى وجه العموم يتم وصف هذه الأقراص بأقل جرعة ممكنة ولأقصر مدة مطلوبة لتخفيف الأعراض المرضية المتعلقة بالنوم ، كما يجب تخفيض الجرعة تدريجياً فى حالة عدم الاستمرار فى تعاطى الدواء لأن التوقف المفاجئ يؤدي إلى حدوث الأرق من جديد وبصورة أشد .

### العلاج الدوائى للأرق :

١- الأدوية التى يمكن صرفها بدون تذكرة طبية أو روثة من الطبيب :  
أوضحت نتائج دراسة جونسون وآخرون Johnson et al. ( ١٩٩٨ ، ١٨٢ ) أن ما يقرب من ١٠ % من الشباب يستخدمون الأدوية التى تصرف بدون تذاكر طبية ، وأن ١٣ % يستخدمون المشروبات الكحولية وذلك بهدف تحسين نومهم ، والعامل أو المادة الفعالة فى الكثير من الأدوية التى تباع فى الصيدليات بدون تذاكر طبية مثل سليب إيزى Sleep-Eze ، والسومينكس Sominex ، والنيترول Nytol عبارة عن مهدئات أو مسكنات ، وعلى الرغم من أن هذه الأدوية تعتبر آمنة بصفة عامة إلا أن لها آثار جانبية مثل احتباس البول ، وجفاف الفم أو الحلق ، والإمساك ، والدوار أو الدوخة ، كما أن معظم هذه الأدوية يكون لها تأثير ضئيل جداً فى إحداث النوم وربما تقلل جودته ( كوفير ورينولدز Kupfer & Reynolds ، ١٩٩٧ ، ٣٣٨ ) ؛ لذلك ينبغى على الأفراد الذين يعانون من الأرق تجنب استخدام هذه الأدوية .



الميلاتونين :

عبارة عن هرمون تفرزه الغدة الصنوبرية Pineal Gland وتعاطى هذا الهرمون فى جرعات دوائية يساعد على حدوث النوم ، ويرى ميندلسون Mendelson ( ١٩٩٧ ، ٦١٧ ) أنه على الرغم من أن تأثير الميلاتونين يظل موضع جدل ونقاش إلا أنه استحوذ على الانتباه والاهتمام فى علاج الأرق الذى يحدث نتيجة اضطراب مواعيد النوم واليقظة مثل التعب والإرهاق بعد رحلة سفر طويلة بالطيران أو تغيير وريدي العمل فى هذه الظروف يفيد الميلاتونين فى تنظيم جدول النوم واليقظة بسرعة وبدون حدوث أية آثار جانبية ، بينما يرى زادانوف وآخرون Zhadanova et al. ( ١٩٩٧ ، ٩٠٠ ) أنه على الرغم من أن الميلاتونين يفرز فى الجسم بصورة طبيعية إلا أن تناوله فى جرعات دوائية له آثار جانبية غير مرغوب فيها مثل التعب أو الإجهاد أثناء النهار ، والصداع ، والدوخة ، وسرعة الغضب ، وهذا يعنى أن استخدام الميلاتونين للتكيف أو المواعمة القصيرة الأمد الناتجة عن التعب أو العناء من جراء السفر الطويل بالطائرة أو التغيرات المتعلقة بورديات العمل يعتبر معقولاً أو مناسباً جداً ، ويرى شامير وآخرون Shamir et al. ( ٢٠٠٠ ، ٣٧٤ ) أن الميلاتونين يفيد فى خفض أو تقليل الوقت اللازم للدخول فى النوم ، وزيادة ساعات النوم ، كما أنه يحسن اليقظة والانتباه أثناء النهار ، ويستخدم بجرعات تتراوح من ١ - ٣ مليجرام ، كما أنه استخدم بجرعات أقل من ذلك وأعطى نتائج جيدة .

ب- الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب :

تعتبر البينزوديازيبينات Benzodiazepines من أكثر الأدوية شيوعاً واستخداماً ؛ حيث يصفها الأطباء لمرضاهم الذين يعانون من الأرق ، ولقد

أظهرت كفاءة فى العلاج القصير الأمد ( نويل وآخرون ، Nowell et al. ، ١٩٩٧ ، ١٧٣ ) ، وتتمثل الآثار الجانبية لهذه الأدوية فى إدمانها أو الاعتماد عليها ، وضعف القدرة الإدراكية ، والأدوية الممتدة المفعول مثل فلورازيبام Flurazepam ، وكوازيبام Quazepam من المحتمل أن تسبب الأرق المرتد كما أنهما يسببا النوم أثناء النهار ، بينما الأدوية قصيرة المفعول مثل تريازولام Triazolam وتيمازيبام Temazepam وزولبيديم Zolpidem يزول تأثيرها فى الصباح ، وبالتالي لا يكون لها آثار جانبية خلال النهار ، وفى الآونة الأخيرة تم سحب تريازولام من الصيدليات وذلك بسبب مشاكله المتعددة التى تتمثل فى الاعتماد أو الإدمان وردود الأفعال الذهانية Transient Psychotic Reactions ، وفقدان الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة Amnesia Anterograde ، والأرق المرتد ( كوفر ورينولدز Kupfer & Reynolds ، ١٩٩٧ ، ٣٣٧ ) ، والمدة التقليدية لاستخدام الأدوية المنومة فى علاج الأرق يجب ألا تتعدى أربعة أسابيع ، والاستخدام الطويل الأمد يزيد من احتمال التعود عليها ويؤدى إلى ظهور أعراض مرضية خطيرة إذا تم إيقافها ، والخوف من استخدام البينزوديازيبينات أدى إلى انخفاض بنسبة ٣٠ % تقريباً فى التوجه بالعلاج بها من قبل الأطباء وذلك فى المدة من عام ١٩٨٧ إلى عام ١٩٩١ ( والش وإنجيهاردت Walsh & Engelhardt ، ١٩٩٢ ، ١٥ ) ، ومجموعة الأدوية التى يمكن تقديمها كبداية فى علاج الأرق هى مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants مثل أميتريبتيلين Amitriptyline ( الإفيل Elavil ) والدكسوبين Doxepin ( سينيكويان Sinequan ) وهذه الأدوية تساعد على النوم حتى لو تم أخذ جرعات منخفضة منها لأنها تعتبر علاج فرعى للاكتئاب ولا يوصى باستخدامها لدى كبار السن لأنها تؤثر على القلب

والأوعية الدموية ، وتزيد من التدهور الصحي ، كما أن تعاطيها بجرعات عالية يؤدي إلى الوفاة ، ويوصى باستخدام ترازودون Trazodone ( ديزريل Desyrel ) كبديلاً أكثر أماناً على الرغم من أثاره الجانبية التي تتمثل في الانتصاب الدائم للقضيب ( إدى وويلبروهيل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ ، ١٩١٥ ) ، والجدول التالي يوضح بعض الأدوية الشائعة الاستخدام في علاج الأرق ، والجرعات التي يجب تناولها من هذه الأدوية .

الجرعة الدوائية	الاسم التجاري	الدواء
٣٠ - ١٥ ملليجرام	Dalmane دالمان	Flurazepam فلورازيبام
١٥ - ١٠ ملليجرام	Serax سيراكس	Oxazepam أوكسازيبام
٣٠ - ٧,٥ ملليجرام	Restoril ريستوريل	Temazepam تيمازيبام
١٥ - ٧,٥ ملليجرام	Doral دورال	Quazepam كوازيبام
٢ - ١ ملليجرام	Prosom بروسوم	Estazolam إيستانزولام
٠,٥ - ٠,١٢٥ ملليجرام	Halcion هاليكون	Triazolam تريازولام
١٠ - ٥ ملليجرام	Ambien أمبين	Zolpidem زولبيديم

( المصدر : إدى وويلبروهيل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ )

وتجدر الإشارة إلى أن الاستخدام القصير الأجل الموصى به لاستخدام العقاقير المنومة لعلاج الأرق هو أربعة أسابيع ، والاستخدام الطويل الأجل لها يزيد من احتمالية التعود عليها ، وحدثت أعراض مرضية مزعجة تعقد من علاج الأرق ، فالعلاج الطويل الأمد له آثار جانبية خطيرة فغالباً ما يؤدي إلى الانتكاس أو عودة الأرق من جديد بمجرد إيقافه .

## العلاج النفسى للأرق :

تكون الإدارة السلوكية غالباً هى الخطوة الأولى فى علاج الاضطرابات المتعلقة بالنوم وخاصة الأرق لدى الأطفال والمراهقين ، ويجب أن تركز التدخلات الأولية على القواعد الصحية للنوم ، وينبغى تشجيع الوالدين لمساعدة الطفل على إيجاد روتين وقت النوم وكذلك البيئة المناسبة للنوم ، ووضع حدود واضحة وبسيطة فيما يتعلق بوقت النوم أو وقت الذهاب إلى الفراش ، ويجب عدم تناول الطعام والشراب وخاصة السوائل التى تحتوى على الكافيين مثل الكولا والشاى والقهوة والكاكاو قبل وقت النوم ، كما أنه ينبغى أيضاً تجنب ذهاب الطفل إلى الفراش وهو جائع ، مع الوضع فى الاعتبار أن أى أدوية يتناولها الطفل قد تسبب له الأرق على سبيل المثال أدوية الكحة التى تحتوى على الكافيين ، والكحول ، ومضادات الهستامين Antihistamine ، وينبغى على الوالدين قراءة نشرات الأدوية جيداً وذلك لمعرفة المواد المضافة والمنبهات الأخرى كما يجب تحديد الطقوس أو العادات التى تتعلق بوقت النوم مثل غسل الأسنان بالفرشاة ، واستخدام الحمام ، والاستحمام بالماء الدافئ الذى يكون فى بعض الأحيان مثيراً منشطاً إذا تم قبل وقت النوم مباشرة ويكون أقل تأثيراً إذا تم القيام به قبل وقت النوم بمدة مناسبة .

كما أن رواية القصص أو الحكايات قبل النوم ، وهز الطفل فى الفراش والغناء له ، واستخدام بطانية خاصة ربما يساعد على الانتقال بسهولة ويسر إلى النوم ، وعندما يشعر الآباء أن الطفل بدأ يدخل فى النوم يجب ترك الطفل لى يغلبه النعاس بدون أى تصرف يسبب القلق له ، كما

ينبغي أن تكون حجرة النوم خافتة الإضاءة وتكون درجة حرارتها مناسبة ، وأن يكون ميعاد الاستيقاظ من النوم في الصباح مناسباً ، كما يجب على الوالدين تحديد مدة نوم القيلولة والوقت الذي تحدث فيه لأن نوم القيلولة إذا حدث في فترة متأخرة بعد الظهر أو في المساء يؤدي إلى اليقظة الزائدة عن الحد ليلاً .

وبرامج تعديل السلوك يمكن أن تكون مؤثرة وفعالة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من مجموعة متنوعة من اضطرابات النوم ( ديوراند وميندل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ؛ بيازا وفيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ ، ١٣١ - ١٣٢ ) ، وينبغي تحديد السلوكيات المستهدفة والأشياء المصاحبة التي تحافظ على استمرار هذه السلوكيات كالأرق ، والكوابيس ، كما أن استجابة الوالدين لاضطرابات النوم ينبغي أن يتم تقييمها وتعديلها حتى يستطيع الوالدين توفير الراحة لطفلهم بدون تقوية أو تعزيز الاضطراب فانطفاء السلوك أو محوه يتطلب من الوالدين أن يؤخرا الذهاب إلى حجرة الطفل الذي استيقظ ( ديوراند وميندل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٤٠ ) ، وإذا صرخ الطفل أو استيقظ بسبب الأرق المرتبط بالمخاوف من الكوابيس فإنه يجب على الوالدين أن ينتظرا دقائق قليلة قبل الذهاب لتهدئته فبعض الآباء يعتقدون على الجلوس في حجرة الطفل حتى ينام ، وما يجب التأكيد عليه أن وجود أحد الوالدين أو كليهما بجوار الطفل حتى يغلبه النعاس يمكن أن يكون معززاً أو مشجعاً وربما يؤدي إلى استمرار هذا السلوك ( ريتشمان وآخرون Richman et al. ، ١٩٨٥ ، ٥٨٦ ) ، ويمكن للوالدين إبعاد أنفسهم بتحريك كرسيهم على مكان أقرب من الباب كل ليلة إلى أن يستطيع الطفل النوم من تلقاء نفسه أو

بمفرده ( فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ، أ ، ٢٩ ) .

ويمكن للفرد أن يفعل الكثير بخصوص الأرق فالخبر السار الذى يتعلق بالأرق هو أن الفرد يمكن أن يشفى نفسه من الأرق بطريقة الخاصة وفى أى وقت يريده ، وما عليه إلا أن يكون مستعداً للمبادرة بعمل بعض التغييرات فى أسلوب حياته لكى يستطيع أن ينام بدرجة أفضل ، ومن هذه التغييرات ما يلى :

• **تغيير البيئة المحيطة أو الوسط الذى يعيش فيه الفرد :**

يحتاج الفرد إلى فراش مريح فى غرفة هادئة ودافئة ومظلمة إلى حد كاف لكى ينام ، ولسوء الحظ لا يمكن توفير ذلك غالباً فربما يحيط بالفرد جيران مزعجين أو يقطن فى غرفة باردة أو يشاركه فى الغرفة شخص آخر يشخر أثناء نومه ، أو يكون الأثاث الذى ينام عليه رديئاً ويحتاج إلى التحسين ، ولكن مع ذلك هناك بعض الأشياء التى يمكن للفرد القيام بها وسوف تساعده كثيراً منها :

**بالنسبة للسريير :** ضع لوحاً خشبياً تحت المرتبة إذا كانت مرتخية أو حاول أن تضع السريير فى مكان مختلف ، وتأكد من أن فراش سرييرك نظيفاً ، وأنك تشعر بالدفء بدرجة كافية .

**بالنسبة للضوء :** إذا كان الضوء يضايقك استخدم ستائر كثيفة أو سميكة أو ضع قناع نوم فوق عينيك ، وإذا شعرت براحة أكبر مع الضوء الخفيف اترك الستائر مفتوحة قليلاً أو استخدم مصباح ليلى ضعيف أو ذو ضوء خافت .

بالنسبة للضوضاء : الضوضاء سبباً شائعاً أو واسع الانتشار لقلة النوم أو الأرق ، وإذا لم تستطع عمل أى شئ حيال الضوضاء استخدم سدادات للأذن أو حاول أن تغير اتجاهك نحوها ، ويستطيع معظم الأفراد النوم فى مستويات عالية من الضوضاء ، فشعور الفرد تجاه الضوضاء هو الذى يجعله مستيقظاً ، ويمكنك صرف ذهنك عن الضوضاء بعمل تمرينات للاسترخاء لتهدئة النفس ، كما أن استخدام الدبلوماسية مثل التحدث مع الجيران المزعجين يساعد الفرد كثيراً فى التغلب على الضوضاء .

### • تغيير أسلوب الحياة :

إذا كان لديك صعوبة فى النوم وكنت جاداً حيال هذه المشكلة فعليك أن تغير بعض الجوانب التى تتعلق بأسلوبك فى الحياة ، ففى البداية ستحتاج إلى أن تقلع تماماً أو تقلل من استخدامك لجميع المنبهات التى تشتمل على الشاى والقهوة والخمر والنيكوتين والكولا ، وكذلك الإقلاع عن أقرص التخسيس أو الأدوية المسببة لفقدان الشهية ، وهناك العديد من المقترحات الأخرى التى تتمثل فى :

- قم بأداء التمرينات الرياضية بانتظام .
- اذهب إلى الفراش حينما تشعر بأنك متعباً وتشعر حقيقة بالنعاس .
- إذا لم تستطع النوم انهض وعد ثانية إلى الفراش عندما تشعر بأن لديك رغبة فى النوم من جديد .
- اتبع روتين يسمح لك بالنوم من ٧ - ٨ ساعات على الرغم من أن الاحتياجات الفردية تختلف من شخص إلى آخر .
- حاول أن تستيقظ فى ميعاد ثابت كل يوم .

- إذا كنت من الأفراد الذين يأوون إلى فراشهم في وقت متأخر من النوم ، اجبر نفسك على الاستيقاظ في وقت مبكر حتى تتعود على ذلك وبالتالي تستطيع تنظيم وقت النوم ووقت الاستيقاظ .
- قم بالاسترخاء عقلياً وبدنياً لمدة ساعة قبل وقت النوم .
- قم بأخذ حمام دافئ أو أداء بعض تمرينات اليوجا أو قم بتمشية بسيطة قبل الخلود إلى النوم بساعة تقريباً .
- قم بعمل قائمة بالأشياء التي تشغل ذهنك أو بالك وحاول نسيانها وعدم التفكير فيها .
- استبدل الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية على سبيل المثال التأكيد أو الإصرار على أنك تستطيع أن تنام وأن تعود إلى النوم مرة أخرى عند الاستيقاظ .

وهناك بعض الأشياء التي يجب تجنبها مثل :

- تعاطي المنبهات التي تهدف إلى جعلك مستيقظاً .
- تعاطي المسكنات أو المواد الكحولية لكي تساعدك على النوم .
- عدم النوم أثناء النهار مهما كنت متعباً .
- الذهاب إلى الفراش وأنت متوتر أو مشدود أو غير مستعد للنوم .
- الدخول في محاورات أو مناقشات وأنت في الفراش أثناء وقت النوم .
- استخدام الفراش لأنشطة الاستيقاظ مثل العمل ، أو مشاهدة التلفزيون ، أو تناول الطعام ، أو استخدام التلفون .
- الاستلقاء أو الرقاد في الفراش مستيقظاً لأكثر من نصف ساعة .
- تناول الطعام أو التدخين عندما تستيقظ أثناء الليل .
- القلق أو التفكير في عدم القدرة على النوم .



ومما يجب التأكيد عليه أن أياً منا ليس بحاجة لأن يقوم بأى من الأنشطة السابقة ، والهدف من تجنبها هو الخروج من دائرة الأرق واتباع روتيناً معيناً لوقت النوم عن طريق تقوية أو تعزيز الارتباط بين الفراش والنوم .

#### • الثقة بالنفس Self - Confidence

أوضحت نتائج العديد من البحوث أن الأفراد الذين يعانون من الأرق يكونون أقل ثقة بأنفسهم ، ويكون تقديرهم لذواتهم متدنياً عن الآخرين ؛ ولذا فإن أى شئ يفعله الفرد لزيادة ثقته بنفسه أو لتحسين تقديره لذاته يساعده على أن ينام بدرجة أفضل .

#### • الطعام والشراب :

هناك بعض الأطعمة والمشروبات التي تؤثر على النوم ، ولاسيما إذا تم تناولها قبل وقت النوم مباشرة ، وخاصة الأغذية الدسمة ، والمشروبات الكحولية ؛ ولذا يجب تجنب تناول هذه الأطعمة والمشروبات قبل وقت النوم ومن ناحية أخرى هناك بعض الأطعمة التي تساعد على النوم ، ومن المفيد اتباع النصائح التالية :

- إذا كان البدء فى النوم يمثل لك مشكلة قم بتناول وجبة غذائية غنية بالمواد الكربوهيدراتية وذلك قبل وقت النوم بساعتين على الأقل .

- إذا كنت تظل نائماً مدة طويلة ولا تستطيع مغادرة الفراش تناول قليلاً من الخبز مع عسل النحل أو تناول سلطانية من الطعام

المكون من الحبوب ؛ وذلك قبل وقت الذهاب إلى النوم بساعة على الأقل .

- تناول مشروباً من اللبن الدافئ أو الشاي المكون من الأعشاب وخاصة البابونج لأنه يهدئ الأعصاب ؛ وذلك قبل وقت الذهاب إلى النوم مباشرة .

- تناول عصير الليمون مع الماء الدافئ المحلى بعسل النحل تناول عصير العنب الأحمر الدافئ لأنهما من المشروبات الساخنة التي تساعد على تهدئة الأعصاب .

#### • الخمر أو المواد الكحولية :

يؤثر الخمر على النوم بدرجة أكبر من المواد التي تحتوي على الكافيين ، فتناول الخمر يحفز الجسم على إنتاج الأدرينالين الذي ينبه الجسم ويجعل الفرد ينام نوماً متقطعاً ؛ ولذلك يجب التوقف عن تناول الخمر أو المواد الكحولية حتى لا يؤدي ذلك إلى الأرق .

#### • الغضب :

الغضب وكبح المشاعر يجعل الفرد يشعر بالتوتر والضيق وكلاهما يكون سبباً للأرق أو قلة النوم لذلك يجب :

- التعرف على أسباب الغضب ومحاولة التخلص من هذه الأسباب بقدر المستطاع .

- ممارسة التمرينات الرياضية يساعد الفرد على الاسترخاء والتخلص من المشاعر المكبوتة .

التحدث مع الآخرين والفضضة لهم يجعل الفرد يشعر بالارتياح .

• ممارسة الألعاب الذهنية التي تساعد على النوم :

هناك اتجاهان يتناولان هذا الموضوع ، فأصحاب الاتجاه الأول يرون أن الألعاب الذهنية تساعد على النوم ، بينما أصحاب الاتجاه الثاني يرون أن الألعاب الذهنية تحفز الذهن وتساعد على الاستيقاظ ، وإذا رأيت أن هذه الألعاب الذهنية ذات نفع أو فائدة فإن هناك بعض الأمثلة التي يجب عليك اتباعها مثل :

ألعاب الكلمات Word Games

ومن هذه الألعاب :

- تهجى كلمات طويلة أو جمل بالمقلوب .
- فكر فى قصيدة أو أغنية ثم قم بعد حرف أو حرفين من الحروف المتشابهة المكونة لهذه القصيدة أو الأغنية .
- استرجع الحروف الأبجدية وفكر فى مجموعة من الكلمات تبدأ كل منها بحرف من هذه الحروف الأبجدية .
- تكرر مقتطفات طويلة من الشعر أو النثر .

ألعاب الخيال Imagination Games

ومن هذه الألعاب :

- استرجع بمزيد من التفصيل صورة أو لوحة زيتية مفضلة أو مقطوعة موسيقية أو مكان ما مفضل إلى نفسك .
- تخيل عاصفة تهب بعنف فى الخارج بينما أنت تشعر بالدفء والأمان فى مخدعك أو فراشك .

تستطيع أن تعرف أين ينتهي جسدك أو أين يبدأ السرير .

- اجعل ذهنك صافياً تماماً ثم تخيل لونا جميلاً وامنع من أن يتخذ أى شكل .

### التدريب على الاسترخاء Relaxation Training

ينظر معظم الناس إلى الاسترخاء على أنه نشاط الشخص الكسول وهذه نظرة خاطئة أو قاصرة لأن الاسترخاء ضروري لتجديد النشاط والحيوية ، وعملية الاسترخاء لا تستغرق أكثر من ١٠ - ١٥ دقيقة فقط والاسترخاء لا يعنى النوم الخفيف ، ويخط الكثيرون بين الاثنين ويعتقدون أنه لكي يسترخى الفرد فإنه يكون فى حاجة إلى أن يغفو أو ينام نوماً خفيفاً ، ولكن الاسترخاء يعنى أن تتيح لنفسك دقائق معدودة لالتقاط الأنفاس والتركيز مع النفس ، والتدريب على الاسترخاء من العلاجات التى يوصى باستخدامها عادة فى علاج الأرق ، ويتضمن العلاج بالاسترخاء مجموعة متنوعة من الطرق والإجراءات مثل الاسترخاء التدريجى أو التتابعى Progressive Relaxation ، والتنفس البطنى أو التنفس عن طريق الحجاب الحاجز Diaphragmatic Breathing ، واليوجا Yoga ، والتأمل ، والتنويم الإيجابى أو المغناطيسى Hypnosis ، ويعتبر إدموند جاكوبسون Edmund Jacopson رائد التدريب على الاسترخاء منذ ظهور كتابه الاسترخاء التتابعى عام ١٩٣٨ ، ويتضمن التدريب التتابعى شد وإرخاء المجموعات العضلية للجسم بطرق متتالية أو متتابعة ( بوتزين وريدر Bootzin & Rider ، ١٩٩٧ ، ٣٢٢ ) .

وهناك طرق كثيرة يستطيع الشخص بها أن يسترخى وما

نجاح مع شخص فد لا ينجح مع شخص آخر ومن هذه الطرق :

١- الاستحمام :

كثير من الناس يحبون أن يستحموا لكي يسترخون ويوجد عدد من العطور والزيوت التي تستخدم أثناء الاستحمام للمساعدة على الاسترخاء .

٢- سماع الموسيقى :

كثير من الناس يفضلون سماع الموسيقى الكلاسيكية أو الموسيقى الروك Rock لكي يشعرون بالاسترخاء .

٣- التدليك أو عمل مساج :

التدليك أو عمل مساج Massage يساعد الفرد على الشعور بالاسترخاء .

٤- التنفس بعمق :

تكرار التنفس بعمق من وقت إلى آخر عدة مرات يجعل الفرد يشعر بالاسترخاء .

ومما يجب التأكيد عليه أن الاسترخاء لا يجب التخطيط له فعندما يشعر الفرد بأنه سيصبح قلقاً أو متقلب المزاج عليه أن يغتم أو يخلتس دقائق خلاء معدودة ، ويحاول الاسترخاء باستخدام إحدى الطرائق السابقة ، فالاسترخاء يساعد على التقليل من القلق والتوتر الجسمي أو إزالتها ، فاسترخاء العضلات يحدث النوم المريح والهادئ ، وعادة يستغرق ذلك الكثير من الممارسة والتطبيق وذلك بهدف تحقيق الاسترخاء المؤثر أو الفعال .

وأوضحت نتائج العديد من البحوث أن الأفراد الذين يعانون من

## علاج اضطرابات النوم

- صعوبات النوم يكونون أكثرهما أو قلقاً واكتئاباً من الآخرين الذين لا يعانون من اضطرابات النوم ، وذلك على الرغم من أن الأفراد البشوشين والهادئين والواقنين من أنفسهم يمكنهم أيضاً أن يعانون من الأرق ، وإذا كنت من الأفراد الذين يعانون من الأرق عليك اتباع ما يلي :
- حاول الوصول إلى حل للأشياء التي تسبب لك التوتر والضيق حينما تشعر بذلك .
  - تقبل المواقف التي لا تستطيع أن تغيرها .
  - اجعل ذهنك وجسمك مسترخياً بقدر الإمكان خلال النهار .
  - أعط لنفسك وقتاً كافياً للقيام بعمل الأشياء التي تحتاج لأن تفعلها والتي تتضمن تناولك للطعام .
  - عش في اللحظة الحاضرة بدلاً من القلق بشأن الماضي أو الخوف من المستقبل .
  - تحدث إلى شريكك في الحياة إذا كانت هناك مشاكل في علاقتك به .
  - مارس العديد من الأنشطة غير التنافسية أي الأنشطة التي تفعلها لمجرد التسلية أو البهجة أو المتعة والمرح .
  - مارس الأساليب الفنية للاسترخاء - والتي يتم التحدث عنها فيما بعد بانتظام ، فالتدريب على الاسترخاء يؤدي إلى خفض القلق المرتب بالنوم ، وكذلك يقلل التوتر الجسمي الذي يمنع بعض الأفراد من النوم أثناء الليل .

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات فاعلية التدريب على الاسترخاء في تخفيف خبرة التوتر ومتعلقاتها الفسيولوجية إذا تم مراعاة

- أن يطبق على امتداد أكثر من جلسة ، ويتراوح العدد الذى يوصى به بين أربعة إلى عشرة أو أكثر من ذلك بكثير .
- أن يتم الإشراف عليه بواسطة الأخصائى الكلينيكى والأفضل أن يطبق كلية بواسطة المعالج .
- أن يتم تدريب المفحوص على ممارسة الاسترخاء فى البيت .
- أن يتحكم المفحوص بقدر ما فى التدريب .

وفيما يلى مثال لتعليمات الاسترخاء التى يدلى بها المعالج للعملاء : " الآن ارفع ذراعيك للخارج وشد قبضتك ، اشعر بالتوتر فى يديك ، سأقوم بالعدّ إلى ثلاثة ، أريدك أن ترخى ذراعيك .. والآن ضع لسانك على حافة فمك ، اضغط بشدة ( لحظة انتظار ) استرخ واسمح للسانك بالعودة إلى الوضع المريح فى فمك .. " وتكرر هذه الدورة من التوتر - الاسترخاء لعدد من المجموعات العضلية على امتداد الجسم إلى أن يطلب من العميل أن يتأكد أن كل عضلة فى جسمه قد استرخت ، أولاً أصابع قدميك ، ورجليك ، وكتفك ، ورقبتك ، وجبهتك ، وعلى الأخصائى الكلينيكى أن يتأكد أن العميل مستمر فى التنفس شهيقاً وزفيراً ببطء ( صفوت فرج ، ٢٠٠٠ ، ٧٠٦ - ٧٠٧ ) .

وبالنسبة لبعض المفحوصين الذين يجدون أن مثل هذا التدريب على التوتر - الاسترخاء غير سار يمكن نصحهم بالتركيز على أسلوب آخر للاسترخاء مثل الذى يركز على الخيالات السارة أو التأمل من خلال التعليمات الذاتية ( هيد وبوركوفيك

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات فاعلية أسلوب الاسترخاء التدريجي في علاج الأرق فقد توصل بوركوفيك وآخرون Borkovec et al. ( ١٩٧٩ ، ٤٢ ) إلى أن التدريب على الاسترخاء التدريجي كان فعالاً في تحسين كمون بداية النوم لدى الأفراد الذين يعانون من الأرق النفس فسيولوجي Psychophysiological Insomnia أو الأرق الذاتى الذى لا يرتبط بمحددات خارجية كالضوضاء أو العقاقير أو المخدرات أو الاكتئاب ، وكذلك توصل فان أوت وآخرون Van Oot et al. ( ١٩٨٤ ، ٦٩٢ ) إلى أن الأنواع المختلفة للاسترخاء ذات فاعلية أو تأثير متساوى فى علاج الأرق ، وكانت أكثر النتائج وضوحاً هى التحسن فى الوقت الذى يحتاجه المفحوص للدخول فى النوم ، وكان ذلك واضحاً فى كل من تقارير العملاء أنفسهم ، وقد امتدت هذه التأثيرات لمدة خمسة شهور بعد العلاج ( هارفى وآخرون Harvey et al. ، ٢٠٠٢ ، ٢٦٢ ) .

وهكذا ؛ يتضح أن التدريب على الاسترخاء التدريجي أو التتابعى وممارسته وفقاً للتعليمات الخاصة به يؤدى إلى نتائج جيدة تتمثل فى خفض الفترة اللازمة للدخول فى النوم ، و استجلاب النوم ، وإلى شعورهم بالراحة بعد الاستيقاظ كما أنه يساعد الأفراد على التعامل بفاعلية أكثر مع التوترات أو الضغوط التى يصادفونها أثناء النهار ، فالتدريب على الاسترخاء يكسر الحلقة المفرغة لقلة النوم وذلك من خلال تقليل مشاعر القلق بشأن عدم النوم .

العلاج بالتحكم فى المنبه / المثير Stimulus Control Therapy

تتضمن الفروض الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير لدى الأفراد



الذين يعانون من الأرق الفراش وما يحيط به من مؤثرات ، وأن أية أنشطة لا تتوافق مع النوم وقت الدخول للسرير تُعد مؤشراً لعدم قدرة الفرد على الدخول في النوم أو بدء النوم ، والهدف الرئيسي لهذا العلاج هو إعادة تأسيس العلاقة بين الفراش والنوم بمعنى ربط الفراش وحجرة النوم بالدخول السريع في النوم ، ويركز هذا العلاج على أوجه السلوك المتعلقة بالنوم التي تساعد على تنظيم جدول النوم واليقظة .

### التعليمات الخاصة بالتحكم في المنبه أو المثير :

مجموعة من التعليمات صممت لمساعدة الفرد الذي يعاني من الأرق على أن يحدد إيقاعاً متسقاً للنوم والاستيقاظ ، وأن يجعل الفراش وحجرة النوم دلالات أو إشارات توحى بالنوم ، وأن يقوم بالعمل على إضعافها كدلالات أو إشارات لممارسة الأنشطة التي يمكن أن تتدخل أو تعوق عملية النوم ، ومن المهم جداً تحديد وقت منتظم للذهاب إلى الفراش .

وهناك مصدر آخر للإثارة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الأرق ، وهو أن غرفة النوم يمكن أن تصبح إشارة إلى القلق والإحباط المرتبطين بمحاولة النوم ، والناس الذين يعانون من الأرق يمكنهم أن يناموا في أي مكان آخر غير فراشهم وربما يغلبهم النعاس وهم جالسون على كرسي مريح أو على أريكة ، وغالباً ما تصادفهم صعوبة بسيطة عند نومهم وهم بعيدين عن منازلهم أو بيوتهم ، وقد أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن التعليمات أو الإرشادات الخاصة بضبط المثير تشكل واحدة من أكثر العلاجات فاعلية وتأثيراً ( لاكس ومورين Lacks & Morin ، ١٩٩٢ ؛ مورن وآخرون Morin et al. ، ١٩٩٤ ؛ مورتاغ وجرينوود Murtagh & Greenwood ، ١٩٩٥ ) .

- والقواعد التالية تشكل التعليمات أو الإرشادات الخاصة بضبط المثير
- تجنب استخدام الفراش فى الأنشطة التى لا تتوافق مع النوم مثل سماع الراديو أو مشاهدة التلفزيون أو القراءة أو تناول الطعام ، والنشأ الجنسى هو الاستثناء الوحيد لهذه القاعدة .
  - استخدم حجرة النوم للنوم فقط أثناء الليل .
  - استلق بقصد أن تمام وذلك عندما تشعر بالرغبة فى النوم فقط .
  - أن يكون العمل والأكل ومشاهدة التلفزيون بعيداً عن غرفة النوم .
  - تجنب تناول المشروبات المحتوية على الكافيين مثل القهوة والشاي والكولا فى المساء .
  - ألا يكون أداء التمرينات الرياضية أو المشى فى المساء قبل وقت النوم بفترة قصيرة .
  - عدم الدخول إلى السرير للنوم ما لم تشعر بالرغبة فى النوم .
  - إذا لم تتمكن من النوم خلال عشرين دقيقة يتعين عليك ترك السرير والانتقال إلى حجرة أخرى ، ولا تعود إلى السرير مرة أخرى إلا عندما تشعر بالرغبة فى النوم ، وفى هذه الأثناء حاول الاسترخاء بقدر المستطاع .
  - إذا وجدت نفسك غير قادر على النوم انهض من الفراش ، واشغل نفسك بأى أنشطة أخرى ، وارجع إلى غرفة نومك لى تمام فإذا قضيت فى السرير أكثر من عشرين دقيقة دون الخلود إلى النوم ولم تنهض من الفراش فإنك فى هذه الحالة لا تتبع هذه الفقرة من الإرشادات .
  - إذا كنت ما تزال غير قادر على النعاس ، كرر الخطوة السابقة وقم بعمل

ذلك عدة مرات كلما اقتضت الضرورة .  
أضبط منهك واستيقظ من فراشك في نفس الوقت كل صباح بصرف النظر عن كمية النوم التي حصلت عليها خلال الليل ، فهذا سيساعد جسمك على اكتساب الإيقاع النومي المتسق أو المتوافق ، وفي أغلب الأحيان فإن المرضى الذين يعانون من الأرق يتبعوا جدولاً مختلفاً للنوم في عطلات نهاية الأسبوع أو يناموا لوقت أطول عما يفعلون خلال الأيام الأخرى ، ومن المهم وجود جدول متسق بقدر الإمكان طوال أيام الأسبوع ، ويرى بوتزين وريدر ( Bootzin & Rider ، ١٩٩٧ ، ٣٢٠ ) أن الانحراف أو عدم الالتزام بما لا يزيد عن ساعة واحدة في وقت الاستيقاظ أيام الأجازات لا يسبب مشكلات في الإيقاع المتوافق للنوم واليقظة .

- لا تنام أثناء النهار أو تجنب نوم القيلولة ، والهدف من ذلك هو إبعاد الأفراد الذين يعانون من الأرق عن الأنماط التي تسبب لهم الاضطراب في النوم عن طريق نوم القيلولة غير المنتظم ، ولزيادة احتمالية حدوث نوم أسرع في الليلة التالية ، ومما يجب الإشارة إليه أن نوم القيلولة الذي يحدث في نفس الوقت مسموحاً به بشرط ألا يتعدى أربعون دقيقة على الأكثر .

وعلى الرغم من أن التعليمات أو الإرشادات السابقة تبدو أنها بسيطة ومباشرة وصريحة إلا أن درجة الامتثال لها له دور أساسي في التخلص من الأرق .

ويفيد التحكم في المنبه أو المثير في علاج أرق مواصلة النوم ؛ حيث توصل عدد من الباحثين إلى أن التحكم في المنبه أو المثير يخفض أو يقلل

الاستيقاظ ليلاً أثناء النوم (مورين وأزرين Morin & Azrin ، ١٩٨٨ ، ٧٥٠) .

ولعل هذا يتفق مع ما أوضحه مورين وآخرون Morin et al. (١٩٩٣ ، ١٣٩) من أن تعديل الوقت الذي يقضيه الفرد في الفراش وعدم الاستماع إلى الراديو ، ومواجهة التوقعات غير الواقعية يساعد الفرد على أن ينام لفترة أطول تصل إلى ٦ - ٧ ساعات في الليلة مقابل ٤ - ٥ ساعات سابقاً إلى جانب أن الفرد يصحو من النوم منتعشاً وطاقته متجددة ، ومما يؤكد ذلك ما أوضحه بوتزين وريدر Bootzin & Rider (١٩٩٧ ، ٣٢٠) حيث توصلوا إلى أن الأفراد الذين تلقوا التعليمات الخاصة بضبط المثير أظهروا تحسناً أكبر في كمون بداية حدوث النوم .

وعلى الرغم من أن اضطرابات النوم في مرحلة الطفولة نادراً ما ترتبط بحالة مرضية نفسية حادة فإن التدخلات السيكولوجية تركز على تخفيف القلق ، والاكتئاب ، والخوف المرضى والتقدير المنخفض للذات التي لها علاقة بالضعف أو الوهن الذي يسببه اضطراب النوم على سبيل المثال نوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم (جوليمينالت Guillemineault ، ١٩٨٧ ج ، ٢٢٠) .

كما أن معرفة أسباب المرض والسلوكيات التي تتضمنها مثل المخاوف أثناء النوم ، والمشي أثناء النوم ، تساعد الوالدين على أن يفهموا لماذا يحدث الاضطراب ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الطمأنينة وإعادة التأكيد على الوالدين والأطفال بأن مصاعب النوم عادية وشائعة ، وأنه يتم التخلص منها تلقائياً ربما يخفف بعض التوتر

والضيق المرتبط بهذه الاضطرابات ، كما أن جعل حجرة الطفل والأشياء المحيطة بسريره محببة إلى نفسه ، وعمل جدول زمني لنوم القيلولة خلال النهار لتخفيف النعاس الزائد عن الحد ( سواء نوبات أو غفوات النوم المفاجئة ، أو الإفراط في النوم ) يكون ضرورياً لفهم طبيعة اضطرابات النوم ، وفي معظم الحالات فإن العديد من التدخلات السيكولوجية التي تم ذكرها تفيد في علاج اضطرابات النوم بنجاح في الطفولة والمراهقة ( بيازا وفيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ ، ١٣٤ ) .

وبعض العلاجات السيكولوجية ربما تكون أكثر فاعلية وتأثيراً من علاجات أخرى ، فالأفراد البالغين مثلاً الذين يعانون من مشكلات النوم يوصى باستخدام التحكم في المنبه أو المثير معهم ، ومن ثم يتعلمون أن حجرة النوم للنوم فقط أو لممارسة الجنس ، وليس للعمل أو الاسترخاء المستمر أو أداء الأنشطة الأخرى المثيرة أو المولدة للقلق مثل مشاهدة الأخبار في التلفزيون مثلاً ( لاكس ومورين Lacks & Morin ، ١٩٩٢ ، ٥٨٨ ) .

ومن أهم الاعتبارات الخاصة بالعلاج السلوكي للأرق في مرحلة الطفولة اتباع العادات الصحية في النوم ، ويتضمن ذلك خفض الاشتراط لسلوكيات عدم النوم المتعلقة أو المرتبطة بفرش الطفل ( فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ، ٤٢ ) .

ولكى يرتبط الفراش بالاسترخاء والنوم فإن ممارسة بعض الأنشطة كالمذاكرة أو حتى القراءة أحياناً في الفراش ينبغي تجنبها في

جميع الأوقات بالإضافة إلى ذلك فإن تأخير وقت النوم ربما يساء على الاستقرار وسرعة البدء فى النوم الطبيعى ، فإذا كان هذا الأسلوب ناجحاً يمكن أن يقدم وقت النوم ١٥ دقيقة كل ليلة حتى الوصول إلى وقت النوم الأصلى ( أوليندك وآخرون Ollendick et al. ، ١٩٩١ ؛ بيازافيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ أ ) .

وهناك طريقة بديلة تتضمن مغادرة الطفل للفراش إذا كان يعاني من متاعب الاستقرار فى الفراش لأكثر من ١٠ دقائق ، فالسماح بساعات من الأرق إن تحدث يقوى ارتباطات عدم النوم بالبقاء فى الفراش ، وبعد قضاء دقائق قليلة خارج الفراش ينبغي أن يعود الطفل للفراش فى محاولة أخرى للنوم .

وإذا كان الأرق يرجع إلى المخاوف من الكوابيس أو إلى القلق فإن التدخلات العلاجية مثل الفنيات المعرفية السلوكية ، والتدريب على الاسترخاء ربما تكون مناسبة ( بيازافيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ ب ، ٥٤ ) ، على سبيل المثال فإن استخدام طرق الاسترخاء بالاشتراك مع عبارات لتهدئة النفس مثل استرخ واذهب إلى النوم يمكن أن تكون فعالة جداً فى تخفيف قلق الكابوس الذى يعوق بداية حدوث النوم ، والأفكار الدخيلة يمكن محوها واستبدالها بتركيز الانتباه على الأفكار التى تبعث الهدوء والاسترخاء ، ولا يوصى عموماً باستخدام العلاج بالأدوية على الرغم من أن الديازيبام Diazepam والإميرامين Imipramine قد استخدمتا بنجاح فى علاج الأرق الذى يعاني منه الأطفال ( أوليندك وآخرون Ollendick et al. ، ١٩٩١ ، ١١٦ ) .

العلاج بالحد من ( أو تقييد ) النوم Sleep Restriction Therapy  
يقضى الأفراد الذين يعانون من الأرق وقتاً طويلاً أكثر من اللازم في  
الفراش في محاولة غير ناجحة للنوم ، ويتضمن العلاج بالحد من النوم تحديد  
مقدار الوقت الذي يقضيه الفرد الذي يعاني من الأرق في الفراش إلى المقدار  
الفعلي أو الحقيقي الذي يقضيه الفرد العادي أو الذي لا يعاني من الأرق لكي  
يدخل في النوم ، فمثلاً إذا كان الفرد الذي يعاني من الأرق يقضى أربع  
ساعات في الفراش كل ليلة أو في الليلة الواحدة لكي يدخل في النوم فهذا  
يعنى أن المقدار الإجمالي للوقت المنقضى في الفراش كل ليلة أو في الليلة  
الواحدة سيتم تحديده إلى أربع ساعات بصرف النظر عن المقدار الحقيقي أو  
الفعلي المنقضى في النوم ، وهذا الإجراء يسمح لديون النوم أن تتراكم على  
الفرد مما يؤدي إلى سرعة دخول الفرد في النوم في الليالي التالية ،  
فالحرمان المعتدل من النوم يجعل الفرد الذي يعاني من الأرق يخلد إلى النوم  
بسهولة ، وبعد ذلك يضيف الفرد إلى جدول نومه مدة زمنية بسيطة  
( دقائق ) تدريجياً حتى يصل إلى المدة المحددة أو الكافية ، وهدف هذا  
الأسلوب العلاجي هو الوصول إلى ليلة كاملة من النوم المنعش المريح الذي  
يعيد الصحة والقوة أي أن الفكرة الأساسية وراء هذه الاستراتيجية العلاجية  
هي تحويل الوقت المنقضى في السرير كلية إلى وقت للنوم ، وعلى الرغم  
من أن تنفيذ هذا النوع من العلاج قد يكون مرهقاً إلى حد ما ، ويحتاج إلى  
العزيمة والإرادة القوية من جانب الفرد إلا أنه علاج فعال للأرق ( ليكشتين  
وريدل Lichstein & Riedel ، ١٩٩٤ ، ٦٦٠ - ٦٦١ ) .

ونظراً لأن الأفراد الذين يعانون من الأرق يقضون وقتاً كبيراً  
في الفراش لكي يدخلوا في النوم فإن كفاءة نومهم تكون رديئة ؛ لذلك

فإن العلاج بالحد من النوم يهدف إلى تقوية النوم من خلال تقليل الوقت المنقضى في الفراش ، وتحديد جدولاً منفرداً للنوم واليقظة يُحد من الزمن الذي يقضيه الفرد في الفراش بقدر المتوسط الذي تم تقديره للنوم وقت الليل ، وربما يؤدي الحرمان من النوم إلى أن يشعر الأفراد بالنوم أثناء النهار في بداية العلاج ، ولكن بعد ذلك عندما يصبح النوم أكثر قوة ( أى أكثر فاعلية ) يتم تغيير جدول النوم اليقظة عن طريق زيادة مقدار الوقت المنقضى في الفراش ، وتوصل عدد من الباحثين إلى أن العلاج بالحد من النوم والتحكم في المنبه أو المثير يؤدي إلى انخفاض زمن الاستيقاظ بعد بداية النوم ، وزيادة كفاءة أو فاعلية النوم ( فريدمان وآخرون Friedman et al. ، ١٩٩١ ؛ إدينجر وآخرون Edinger et al. ، ١٩٩٢ ) ، ويرى مورين وآخرون Morin et al. ( ١٩٩٤ ) أن العلاج بالحد من النوم ، والعلاج بالتحكم في المنبه أو المثير أكثر فاعلية من العلاجات الأخرى .

والأشخاص الذين يقضون وقتاً أكثر من اللازم في الفراش في محاولة منهم للنوم يمكنهم أن يستفيدوا من العلاج بالحد من النوم فعلى سبيل المثال الفرد الذي يقضى تسع ساعات في الفراش ولكنه ينام خمس ساعات فقط يتم إرشاده بقضاء وقت مبدئى مقداره خمس ساعات ولا يهم ما يذكره الفرد من قلة الوقت الذى ينامه ، فالوقت المحدد للنوم يكون دائماً أربع ساعات ونصف فى الحد الأدنى ، وأثناء العلاج يجب الاهتمام بعدد من الموضوعات التى تتضمن النوم أثناء النهار والمهام أو الأنشطة التى تجعل الفرد مشغولاً بصفة مستمرة والتركيز على أن يكون الفرد مستيقظاً خلال فترة بعد الظهر وفترة



علاج اضطرابات النوم  
<http://psychology.sdaforums.net/>  
المساء حتى وقت النوم الذي يتمشى مع جدول النوم ( جلوفنسكى وسبيلمان  
Glovinsky & Spielman ، ١٩٩١ ، ٥٥ ) .

### العلاج المعرفى Cognitive Therapy

يهدف العلاج المعرفى إلى إعادة تشكيل الأنماط الصحية للنوم ، وذلك من أجل التغلب على مشاكل النوم ، ومن بين التدخلات المعرفية إعادة البناء أو التركيب المعرفى Cognitive Destructing ، والانتباه أو القصد التناقضى Paradoxical Intention ، والتوقف عن التفكير Thought Stopping ، وإعادة الاشتراط Reconditioning .

### الانتباه أو القصد المتناقض Paradoxical Intention

يعانى الكثير من المرضى من بالقلق ، والانشغال ، والتفكير حول ما إذا كانوا سيقدررون على النوم أم لا ، ولخفض هذا القلق أو هذا الانشغال يتم إعطاء تعليمات للمرضى بأن يدخلوا الفراش ويظلوا مستيقظين بدلاً من محاولة النوم ، ونظراً لأن هذا الانتباه يفترض تقليل أو خفض القلق المرتبط بالنوم فإنه يجعل المرضى أكثر استرخاءً وينامون بسرعة أكبر مما يحدث بدون هذا القصد أو الانتباه ( شوهام وآخرون Shoham et al. ، ١٩٩٥ ، ٣٦٥ ) .

ويرى بوتزين وريدر Bootzin & Rider ( ١٩٩٧ ، ٣٢٦ ) أن السبب المنطقى أو المبرر العقلى الذى يكمن وراء هذه الفنية العلاجية على درجة كبيرة من الأهمية لتأثير هذا العلاج أو فاعليته ، فالأسباب العقلية التى تؤكد على الجانب الإيجابي تكون أكثر تأثيراً وفاعلية من الأسباب المنطقية أو العقلانية التى تكون محايدة أو التى تؤكد على الجانب السلبى للمشكلة .

## إعادة البناء أو التركيب المعرفي Cognitive Restructuring

يركز العلاج المعرفي Cognitive Therapy على تغيير معتقدات وتوقعات الأفراد بشأن النوم مثل يجب أن أحصل على ثمان ساعات من النوم كل ليلة ، وإذا حصلت على أقل من ثمان ساعات فإن ذلك سيجعلني أتعرض للمرض ، ويحاول المعالج أن يغير المعتقدات والاتجاهات الخاصة بالنوم وذلك بتقديم معلومات تختص بالنوم مثل مدة النوم العادية أو الطبيعية للفرد ، وقدرة الشخص على أن يعوض ما فقده من النوم ، كما يفيد العلاج المعرفي أيضاً في مساعدة الأفراد الذين يعانون من القلق بشأن العمل والعلاقات الاجتماعية ، وكذلك المواقف الأخرى التي تمنع الأفراد من النوم أو توقظهم في منتصف الليل ، ويستخدم الانطفاء التدريجي Graduated Extinction مع الأطفال الذين تتتابه نوبات غضب شديدة وهياج عند وقت النوم أو الذين يبكون ويصرخون أثناء استيقاظهم من النوم ، وفي هذه الطريقة لا بد للوالدين أن يلاحظوا الطفل من وقت إلى آخر إلى أن ينام من تلقاء نفسه ( بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٨ ) ، وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن الانطفاء التدريجي أحرز نجاحاً في علاج مشكلات وقت النوم وكذلك الاستيقاظ أثناء الليل ( ديوراند وميندل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٤٤ ) .

وبالنسبة للأطفال الصغار فإن بعض العلاجات المعرفية ربما لا تكون ممكنة وبدلاً من ذلك يتضمن العلاج غالباً تحديد أو ضبط نظم وقت النوم مثل أخذ حمام ثم يقرأ له أحد والديه قصة لمساعدته على الذهاب إلى النوم أثناء الليل ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن دمج العلاج الطبى والسلوكى معاً في الحالات الشديدة الاضطراب يكون مهماً ، فاستخدام الأدوية قصيرة

الأجل Short - term Use of Medication لفترة قصيرة مع استخدام التدخلات السلوكية يساعد بسرعة على التخلص من الأرق (مورين وآزرن Morin & Azrin ، ١٩٨٨ ؛ ميلبي وآخرون Milby et al. ، ١٩٩٣) .

و تهدف عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفى إلى تغيير المعتقدات غير الصحيحة المتعلقة بالنوم ، ومن أهم المعتقدات غير الصحيحة أو غير العقلانية المرتبطة بالنوم التى يشترك فيها الأفراد الذين يعانون من الأرق ما يلى :

١- يحتاج الفرد إلى ثمان ساعات من النوم كل ليلة :

تختلف عدد ساعات النوم من فرد إلى آخر ، فبعض الأفراد يشعرون بالراحة بعد نومهم لمدة تتراوح من أربع إلى خمس ساعات ، بينما البعض الآخر يحتاج من ثمان إلى تسع ساعات كل ليلة لكى يشعر بالراحة والانتعاش ، ويؤدى وظائفه على الوجه الأكمل فى اليوم التالى ، ونظراً لوجود فروق فردية فى الاحتياج إلى النوم فإن مدة النوم القليلة وحدها ليست بالضرورة معياراً أو مؤشراً لوجود الأرق فبعض الأفراد ينامون لفترات قصيرة بطبيعتهم ولا يعانون من الأرق بينما يوجد أناس آخرون ينامون لفترات أطول ولكنهم يعانون من الأرق .

٢- يحتاج الأفراد إلى عدد ساعات أقل من النوم عندما يتقدمون فى السن :

عندما يتقدم بنا العمر فإننا لا نحتاج إلى نوم أقل ، ولكننا نحصل على نوم أقل ويرجع ذلك إلى أن قدرتنا على النوم لفترات طويلة من الوقت تقل أو تنخفض بتقدم العمر ، فالأفراد الأكبر سناً

الضوء ، كما أن الظروف الطبية تسهم إلى حد كبير فى حدوث المشكلات المتعلقة بالنوم .

٣- قلة النوم ليس لها آثار جانبية :

على الرغم من أن الأرق القصير الأمد ربما يسبب مضاعفات طفيفة إلا أن الأرق المزمن يسبب الاضطرابات المزاجية ، ويضعف الذاكرة ، ويعوق الفرد عن أداء مهامه اليومية ، كما أنه يقلل من قدرة الجهاز المناعى على الوقاية من الأمراض .

٤- يعتبر الأرق مرض أو علة :

لا يعتبر الأرق مرضاً أو علة ، ولكنه عرض مرضى لأنواع مختلفة من الأمراض مثل أمراض القلب ، والروماتيزم ، ومرض باركينسون ، وفرط إفراط الغدة الدرقية ، كما ينشأ الأرق نتيجة للتعب أو الإرهاق أو العناء بعد السفر بالطائرة لمسافات طويلة ... الخ ، والأرق العارض أو العابر يتخلص منه الفرد بسهولة ، فالأفراد الذين يتعرضون للأرق العابر أو العارض بسبب التغيير المفاجئ فى بيئتهم يتخلصون من أرقهم بمجرد أن يعود الجسم على البيئة الجديدة المحيطة بهم ، كما أن الأرق المزمن قابل للشفاء فحينما يكون سببه وجود مرض شديد مثل أمراض القلب مثلاً فإنه يختفى بمجرد الشفاء من هذا المرض .

٥- تعتبر الأقرص المنومة العلاج الوحيد للأرق :

ليست الأقرص المنومة العلاج الوحيد للأرق ، ففي معظم الحالات لا يكون استخدام الأقرص المنومة مفيداً على الإطلاق ، ويمكن استخدامها فقط فى حالة الأرق العابر أو المؤقت ، ولا يجدى

استخدامها فى علاج الأرق المزمن ، ودائماً يتم استخدام علاجات أخرى بدلاً من استخدام الأقرص المنومة كالعلاج المعرفى السلوكى مثلاً .

٦- بقاء الفرد فى الفراش فى عناد وإصرار حتى يغلبه النوم :  
يُعد هذا السلوك من أسوأ السلوكيات التى يمكن أن يقوم بها الفرد ، وذلك لأن الفشل فى النوم يولد الإحباط ويؤدى إلى مزيد من الأرق ، فإذا لم يغلب النوم الفرد بسرعة عليه أن ينهض من الفراش ، ويقوم بعمل أى شىء يبعث على الاسترخاء أو الارتياح مثل القراءة أو سماع الموسيقى... وغيرها من الأنشطة الهادئة التى تفى بالغرض ، وأثناء ذلك يجب تجنب التعرض للضوء الساطع أو المبهر لأنه يؤدى إلى الإثارة والاستيقاظ .

ويرى مورين Morin ( ١٩٩٣ ، ٣٢ ) أن هناك معتقدات أخرى غير صحيحة مثل الاعتقاد بأن الفرد لو استمر بدون نوم ليلة أو ليلتين سيحدث له انهيار عصبى أو أن الفرد ينبغي عليه أن يلغى ارتباطاته الاجتماعية والعائلية والمهنية بعد قضاء ليلة مؤرقة لم يحصل فيها على قدر كافٍ من النوم .

ويجب أن تركز عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفى على تصحيح وتعديل المعتقدات المختلة التى تتعلق بالنوم كالمفاهيم الخاطئة المتعلقة بأسباب الأرق ، والتهويل من نتائج أو آثار النوم الرديء ، والمعتقدات الخاطئة حول طرق تحسين النوم إلى جانب أنه يجب أن تتضمن عملية العلاج توفير معلومات دقيقة عن المعتقدات البديلة وتدريب المريض عليها ، ويؤكد ذلك مورين وآخرون Morin et al. ( ١٩٩٤ ، ١١٧٤ ) حيث يرون أن أسلوب إعادة البناء أو التركيب المعرفى أثبت فاعليته فى

زيادة كفاءة النوم ، وتقليل فترة كمون النوم ، وكذلك تقليل عدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل .

وتتضمن عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفى لتعليم المرضى الذين يعانون من الأرق الطرق والإجراءات التى تساعد على إعادة تقييم أفكارهم ومعتقداتهم بشأن النوم ، والعمل على تغيير اتجاهاتهم المتعلقة بالأرق التى تتمثل فى الحاجة المطلقة إلى ثمان ساعات من النوم حتى يتمكن الفرد من القيام بأداء وظائفه فى الحياة جيداً أثناء النهار أو الاعتقاد بأن الأرق من العوامل الأساسية التى تحد من أو تضعف الصحة البدنية والعقلية ، ومثل هذه الأفكار تولد لدى الفرد القلق المتعلق بالأداء وتزيد من حدة تقاوم المشكلات المتعلقة بالنوم ، كما أن تعليم النواحي الصحية المتعلقة بالنوم التى تدور حول تأثير تناول الغذاء الصحى أو اتباع الرجيم ، وتأثير ممارسة التدريبات الرياضية ، وتأثير تناول المشروبات الكحولية من الأمور التى تكون بمثابة جزء لا يتجزأ ومكون مكمل لمعظم برامج العلاج السلوكى للتخلص من الأرق .

خلاصة القول فإن عملية إعادة البناء المعرفى تساعد الفرد على تحسين عملية التفكير الأتوماتيكي اللاشعورى وذلك من خلال تقليل تدفق الانفعالات الضاغطة التى تنتج عن التحريف أو التشويه المعرفى ، وعملية إعادة البناء المعرفى تكون مفيدة للأفراد الذين لديهم مشاعر غير صحيحة عن النوم فمثلاً قد يعتقد شخص ما أن ثمان ساعات من النوم ضرورية لنوم صحى ، ومع ذلك من المحتمل أن هذا الشخص يحتاج ساعات نوم أقل من ثمان ساعات ، وعلى

المعالج النفسى أن يطلب من المريض أو هذا الشخص أن ينظر إلى تاريخه الشخصى الخاص بالنوم ومن المحتمل أن يرى هذا الشخص أنه ولعدة مرات فى الماضى نام ساعات أقل من ذلك وكان لا يعانى من الأعراض التى تلازم أو تصاحب الأرق .

### التوقف عن التفكير Thought Stopping

طريقة سلوكية يتم فيها تدريب الفرد الذى يعانى من الأرق على أن يفكر بطريقة متكررة ومستمرة فى ذهابه إلى الفراش ، وهذا الأسلوب من التفكير يساعد على تبديد أو محو القلق المرتبط أو المصاحب لعملية الذهاب إلى الفراش ويقلل من احتمال أو احتمالية الوسواس التى تتعلق بشأن خلوه إلى النوم ، فمن المعروف أن كل شخص منا يمر بتجربة التحدث إلى النفس أو إجراء محادثة مع نفسه ويعد هذا أمر طبيعى ، ومع ذلك فإن ما يقرب من ٨٠ % من التفكير التلقائى Automatic Thinking الذى يدور فى رؤسنا يكون سلبياً ولا يقوم بالضرورة على الواقع ، ويتضمن على بعض الأفكار مثل كان من المفروض عمل ... ، ويجب أن أفعل كذا ... ، وأنى دائماً أسلك طريقاً لا يُجدى ولم يطلب منى أبداً أن أفعل ... وهلم جرا .

ويهدف التوقف عن التفكير إلى تعلم الفرد المزيد من المرونة المعرفية ، ويتم تحقيق أو إنجاز ذلك بإدراك أن الإثارة العاطفية أو الانفعالية تشتت قدرتنا على أن نرى العالم بدقة فنحن نميل أو نتجه إلى رؤية الأحداث أو النظر إليها من خلال عواطفنا ، كما يجب النظر إلى الأفكار التلقائية الناتجة عن التقديرات المشتتة التى تسبب الضيق أو الكرب أو التوتر على أنها افتراضات وليست حقائق ، ويجب تعلم تحدى هذه الفروض أو الافتراضات ، ومعظمنا لا يستطيع تحدى أو مجابهة هذه الأفكار التلقائية

## علاج اضطرابات النوم

السبب للتوتر والضييق وذلك لأنها تلقائية وغالباً تكون لاشعورية بنفس الطريقة التي نتجاوب بها عادة مع الضغوط المختلفة ، ويعلمنا إعادة البناء أو التركيب المعرفي أن نتوقف ونتأمل ونقيم المواقف بطريقة أكثر دقة أو بمزيد الدقة والتروى ، وبعمل ذلك يتم منع أو تقليل الأفكار التلقائية التي تبغث الضيق وتسبب التوتر ، ومن الأسئلة التي يجب أن يطرحها الفرد على نفسه بشأن الأفكار التلقائية المسببة للضغوط أو التوتر :

- 1- هل هذا صحيح أو حقيقى فى الواقع ؟ .
- 2- هل أنتجى النتائج دائماً ؟ وما الدليل على ذلك ؟ .
- 3- هل أبالى فى التأكيد على الجوانب السلبية للموقف ؟ .
- 4- هل أهول من حجم المشكلة أى أجعلها تبدو أسوأ مما هى فى الواقع ؟ .
- 5- كيف أعرف أن مشكلة ما ستحدث ( هل أنا قارئ للعقول ) ؟ .
- 6- ماذا لو حدثت مشكلة ما ؟ هل سينتهى العالم ؟ .
- 7- هل فى صالحى أن أستمر فى هذا التقييم ؟ وهل أستفيد من الاستمرار فى التفكير بهذه الطريقة التى أفكر بها ؟ .
- 8- هل هناك طريقة أخرى للنظر إلى الموقف ؟ .

والحروف الأولى التالية ( M.O.A.N.S ) والمكونة لمجموعة من الكلمات تساعد الفرد فى التعرف على أو تحديد الأفكار التلقائية المسببة للتوتر

M = Must يجب

O = Ought to ( Go to, Have to ...ets ) ينبغي أن ، أضطر إلى

A = Always دائماً

N = Never أبداً



علاج التوتر والقلق  
فعندما تسمع نفسك تفكر أو تقول " ينبغي علىّ أن أفعل كذا " مهما كان الأمر ، أعد صياغة الفكرة بحيث تكون " سيكون جميلاً إذا فعلت كذا ... " مهما كان هذا الأمر ، أو عندما تسمع نفسك تستخدم عبارات مثل " يجب علىّ أن أفعل كذا ..... " وتسال نفسك أسئلة من القائمة التي سبق ذكرها ، وعلى الرغم من أن الإجراءات السابقة لا تشفى الفرد من كل تفكيره البغيض إلا أنها تساعد على أن يتعرف على ٥٠ % منه وذلك من خلال تحديد الأفكار التلقائية المسببة للتوتر ، ومما يجب التأكيد عليه لا تفترض أنك ستبلى بلاءً حسناً عند سماع التحريفات أو التشويهات المعرفية في حديثك لنفسك فالهدف هو التحسن وليس الكمال أو الإتيقان .

### إعادة الاشتراط Reconditioning

عندما يستمر الأرق يحدث نوع من الارتباط أو الاقتران الشرطي بين الفراش وحالة الاستيقاظ ، فربما يغلب النعاس الفرد بسهولة وهو خارج حجرة النوم ( أى عندما يشاهد التلفزيون أو عندما يقرأ كتاباً فى حجرة المعيشة ) ، ولكنه يشعر بيقظة كاملة وهو فى الفراش ، وإعادة التشريط تعنى تعزيز الاستجابة الشرطية لدى الأفراد الذين يعانون من الأرق. أى يرتبط الفراش ووقت النوم بعملية النوم ، وهذا يلزم الفرد بعدم استخدام الفراش للقيام بأية أنشطة بخلاف النوم أو ممارسة الجنس ، وكجزء من عملية إعادة الاشتراط أو تعزيز الاستجابة الشرطية ينصح الشخص عادة بالذهاب إلى الفراش عندما يشعر بالميل إلى النوم أو النعاس فقط ، فإذا كان غير قادر أن ينام ينبغي عليه أن ينهض ويمارس أى عمل بعيداً عن غرفة النوم كالقراءة أو مشاهدة التلفزيون أو سماع الموسيقى ثم يعود إلى الفراش

مرة أخرى ، وخلال هذه العملية ينبغي على الشخص أن يتجنب نوم القيلولة وعليه أن يستيقظ صباحاً وينام ليلاً في مواعيد محددة وثابتة ، ويجب ألا تتغير مواعيد الاستيقاظ حتى لو كانت مدة نوم الفرد قصيرة في الليلة السابقة ، ومما يجب التأكيد عليه لنجاح عملية إعادة الاشتراط أو تعزيز الاستجابة الشرطية هو تهيئة جسم الفرد لكي يربط الفراش ووقت النوم بعملية النوم ( إدى وولبروهيل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ ، ١٩١٣ ) .

### العلاج بالعقاقير مقارنة بالعلاج النفسي :

يفيد العلاج بالعقاقير الطبية والعلاج النفسي في علاج الأرق وخفض أو تقليل المدة التي يستغرقها الفرد للدخول في النوم بمقدار يتراوح من ١٥ - ٣٠ دقيقة ، وكذلك خفض عدد مرات الاستيقاظ إلى مرتين أو ثلاث مرات في الليلة الواحدة ، وعلى الرغم من أن العوامل الدوائية يكون تأثيرها سريعاً إلا أن الطرق النفسية تحدث نتائج أكثر دوماً وبدون حدوث الآثار الجانبية المرتبطة باستخدام العقاقير الطبية ، ولقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تفوق العلاج النفسي على العلاج بالعقاقير مما يعني أن العلاج النفسي هو الأكثر فاعلية في علاج الأفراد الذين يعانون من الأرق ، ونظراً للمقارنة القائمة بين كفاءة العلاجين النفسي والدوائي للأرق فإنه يوصى باستخدام العلاج النفسي كخط أول في العلاج نظراً لأن له أمان أكبر وكفاءة طويلة الأجل ، ومما يجب التأكيد عليه أن العلاج النفسي أو العلاج السلوكي عادة ما يستغرق وقت أطول لتحسين أو تقليل درجة الأرق من العلاج بالأدوية .

ويؤكد ذلك كوفر ورينولدز Kupfer & Reynolds ( ١٩٩٧ ) ،

( ٣٤٥ ) حيث يريان أنه على الرغم من أن العلاج الدوائي يعطى نتائج

سريعة على المدى القصير إلا أن العلاج النفسى يعطى نتائج دائمة إلى حد كبير ، وهناك دراسات عديدة اهتمت بتقييم فاعلية أو تأثير العلاجين معاً وأوضحت نتائجها أن المرضى الذين يستخدمون الأدوية المنومة يستفيدون بدرجة أقل عند استخدام العلاج النفسى ( مورتاج وجرينود Murtagh & Greenwood ، ١٩٩٥ ؛ هايورى Hauri ، ١٩٩٧ ؛ سميث Smith ، ٢٠٠٢ ) ، ومن ثم يمكن القول أنه يجب البدء باستخدام العلاج النفسى أو العلاج السلوكى فى علاج الأرق لكفائه طويلة الأجل ، ولكونه آمن وبدون أعراض جانبية .

#### العلاجات متعددة المكونات :

تتضمن العلاجات المتعددة المكونات Multicomponent Treatment التعليمات الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير ، والتدريب على الاسترخاء ، وتعليمات عادات النوم الصحى ، وفى أحد التقييمات أحدث أو أسفر الدمج أو الربط بين التعليمات الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير ، والتدريب على الاسترخاء عن تحسن شامل بدرجة أكبر مما كانت فى التعليمات المتعلقة بضبط المثير وحدها وذلك على الرغم من أن الفروق كانت غير دالة من الناحية الإحصائية ( جاكوبس وآخرون Jacobs et al. ، ١٩٩٣ ، ٥٠٣ ) ، كما اتضح أن العلاج المتعدد المكونات الذى يتضمن الإرشادات الخاصة بالحد من النوم ، والإرشادات الخاصة بإعادة التركيب المعرفى ، والإرشادات الخاصة بتعليم العادات الصحية فى النوم ، كان مؤثراً وفعالاً فى التخلص من المشكلات الخاصة بالنوم التى كان يعانى منها الراشدين الأكبر سناً ( إدينجر وآخرون Edinger et al. ، ١٩٩٢ ؛ مورين وآخرون Morin et al. ، ١٩٩٣ ) .

واستخدم شوهام وآخرون. Shoham et al. ( ١٩٩٥ ) هذه الطريقة المركبة للتدخلات العلاجية على ٢٢ مريضاً من كبار السن الذين يعانون من الأرق وذلك في برنامج علاجي لمدة ستة أسابيع ، وبعد العلاج وجدوا تحسناً دالاً في كفاءة النوم ، ووقت النوم الكلي ، وهذه المكاسب أو الفوائد استمرت في فترة المتابعة التي استغرقت ثلاثة شهور ، وتوصل بوتزين وريدر Bootzin & Rider ( ١٩٩٧ ، ٣٢٨ ) إلى نفس النتائج عندما استخدموا هذه المجموعة المركبة من التدخلات العلاجية على الأفراد كبار السن من جميع الأعمار .

كما قام مورين وآخرون. Morin et al. ( ١٩٩٤ ) بالتحقق من مدى فاعلية التدخلات العلاجية المركبة التي تتضمن إرشادات ضبط المثير ، والحد من النوم ، وإعادة التركيب المعرفي ، وتعليم العادات الصحية في النوم ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها ١٠٠ مريضاً ممن يعانون من الأرق بواقع ( ٣٦ رجلاً ، ٦٤ امرأة ) بمتوسط عمري قدره ٤١,٥ عاماً واستغرق تنفيذ البرنامج العلاجي ست جلسات علاجية ، واستمدت النتائج من مفكرات النوم التي أكملها المرضى يومياً خلال فترة العلاج ، وأظهرت النتائج حدوث تحسناً دالاً في كل من متغيرات النوم التي تمثلت في كمون أو تأخر بداية حدوث النوم ، ومرات حدوث الاستيقاظ أثناء الليل ، والوقت الكلي للنوم ، وكفاءة النوم ، والاستيقاظ المبكر في الصباح ، وتراوحت نسبة التحسن من ٤٢ % إلى ٥٠ % في كل الأعراض المرضية الأساسية السابقة الذكر ، وهذه المكاسب تم الحفاظ عليها في فترة المتابعة التي استمرت لمدة أربعة شهور .

## العلاجات البديلة Alternative Therapy

فيما يلي عرض لبعض العلاجات البديلة للعلاج الدوائي وكذلك العلاج النفسي ، وهذه العلاجات البديلة قد تتجح مع بعض الأفراد ، وقد لا تتجح مع البعض الآخر ، وهى آمنة وليس لها آثار جانبية .

### ١- العلاج العطرى Aromatherapy

ويتم بوضع قليل من زيت اللافندر فى ماء مغلى ثم استنشاق البخار المتصاعد ، وتؤدى هذه الطريقة إلى استرخاء الجسم وبالتالي تساعد الفرد على أن ينام جيداً ، كما يمكن إضافة بضع قطرات من الزيت العطرى إلى ماء الحمام الدافىء قبل الاستخدام ، أو وضع كمية من خليط الأعشاب ملء حفنة اليد داخل قطعة من الشاش وتوضع تحت صنوبر المياه بحيث يمر عليها الماء الدافىء المندفع من الصنوبر أثناء ملء البانيو للاستخدام ، وهذه الطريقة تساعد الجسم على الاسترخاء كما أنها تفيد البشرة وتجملها .

### ٢- المساج أو التدليك Massage

يساعد المساج أو التدليك على تخفيف التوتر أو الشد العضلى مما يسمح للفرد أن ينام بدرجة أفضل ، ومن المعروف أن التدليك يزيد من الاسترخاء ، ويحسن من قدرة الفرد على النوم ، وعلى الرغم من أن التدليك وحده يعتبر طريقة مؤثرة أو فعالة فى حدوث الاسترخاء إلا أن التدليك مع استخدام زيت اللافندر يؤدى إلى تحسين نوعية النوم ، واستقرار الحالة المزاجية ، وتقليل القلق أو التخلص منه نهائياً .

### ٣- العلاج بالأعشاب Herbal Cures

يفيد استخدام الأعشاب فى علاج الأرق ، ومن أكثر الأعشاب المستخدمة كمعينات على النوم عشب أو حشيشة الهر ( وهى نبات عشبى نو

## علاج اضطرابات النوم

زهر صغير أبيض أو قرنفلى ) ويستخلص من جذورها عقار مهدىء للأعصاب ، وهذا العشب من أفضل ٢٥ عشباً تباع في الولايات المتحدة ، وهو آمن وليس له آثار جانبية ، ومدرج في قائمة وصف الأدوية الأوروبية ، ويستخدم على نطاق واسع كمهدىء ومنوم ، والجرعة النموذجية منه تتراوح من ١٥٠ إلى ٤٥٠ مليجرام في اليوم الواحد ( أتيل وآخرون Attele et al. ، ٢٠٠٠ ، ٢٥٦ ) ، كما أن منقوع الأعشاب المتوافر بالصيدليات يساعد الأفراد الذين يعانون من الأرق على النوم الجيد ، ويفيد أيضاً في علاج الأرق حمام الماء الدافئ الممزوج بزيت بعض الأعشاب المعروفة أو تدليك الجسم ببعض الزيوت العشبية بعد الاستحمام مباشرة ، ويفيد عشب البابونج في مقاومة الأحلام المزعجة أو الكوابيس ويؤخذ هذا العشب في صورة شاي مجهز بإضافة عدد ٢ - ٣ ملاعق صغيرة من زهرة البابونج إلى فنجان ماء مغلى وينقع لمدة عشر دقائق ، ويشرب بمعدل ثلاثة فناجين يومياً منها فنجان قبل موعد النوم بفترة مناسبة ، ومن المشروبات التي تساعد الفرد على الدخول في النوم أيضاً مشروب اليانسون ، ومشروب النعناع ، ومشروب القرنفل .

## ٤- الوخز الإبري Acupuncture

أوضحت نتائج الدراسات العديدة التي أجريت في هذا الصدد أن الوخز الإبري ينجح بنسبة ٩٠ % في علاج الأرق ؛ حيث يحسن من نوعية النوم ويقلل عدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل ، ويرجع ذلك إلى أن الوخز الإبري يسبب زيادة إفراز السيروتونين الذي يساعد على الاسترخاء والنوم ( هوانج Huang ، ١٩٩٦ ، ١٨٦ ) .

## علاج الإفراط في النوم الأولى :

الطريقة الأساسية لعلاج الإفراط في النوم الأولى هي التحكم في عدم النوم خلال النهار أو وضع جدول لفترات نوم القيلولة أثناء النهار عندما يكون النعاس حاد جداً ، وعلى الرغم من أن نوم القيلولة يمكن أن يزود الفرد براحة مؤقتة إلا أنه ربما يؤدي إلى سكرة أو دوام النوم أو إلى الغيبوبة النومية ، فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يمر بحالة نمطية من النعاس الشديد بعد تناول الغذاء بفترة قصيرة ( ٢٠ دقيقة مثلاً ) فينبغي عمل جدول لفترات القيلولة في هذا الوقت ، كما أن اشتراك الطفل في ممارسة الأنشطة عند الاستيقاظ ربما يكون أحد الطرق لتقليل الترنح الذي يعقب فترة نوم القيلولة ، ولقد اتضح أن الإفراط في النوم له استجابة ضعيفة للأدوية على الرغم من أن بعض الأدوية المنبهة قد أظهرت بعض النجاح إلا أنه لا يوصى باستخدامها بسبب الاضطراب الذي تحدثه في النوم وقت الليل إلى جانب آثارها الجانبية ( شيلدون وآخرون ، Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ب ، ٩٨ ) .

وهكذا يتضح أن أفضل التوصيات الخاصة بأفضل علاج حالياً تركز على التحكم في أو إدارة النعاس وتجنب الآثار الجانبية للعلاج بالأدوية كما أن ندرة المؤلفات التي تتناول الطرق العملية لعلاج اضطراب الإفراط في النوم يوحى بأن هناك حاجة إلى بحوث كLINIKية مستمرة لتحسين طرق علاج النوم الزائد عن الحد لدى الأطفال والمراهقين .

## علاج نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم ) :

علاج نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم ) :  
علاج نوبات النوم المفاجئة على الإدارة

السلوكية Behavioral Management فترات القيلولة أثناء النهار والتي تتراوح بين ٢٠ - ٣٠ دقيقة تكون فعالة في السيطرة على النعاس ، وعلى عكس الإفراط في النوم فإن الأفراد الذين يعانون من نوبات النوم المفاجئة يستيقظون عادة من نوم القيلولة وهم منتعشين ويستطيعون أداء عملهم بطريقة جيدة لمدة ساعتين إلى أربع ساعات قبل معاودة نوبات النوم المفاجئة مرة أخرى ، ومن الأمور المهمة مساعدة الوالدين والمعلمين على إيجاد بيئة معاونة للطفل وتزويدهم بالأعراض المرضية والسيكولوجية التي تميز غفوات النوم ، وينبغي على الوالدين والمعلمين أن يكونوا مدركين جيداً بأن غفوات النوم المفاجئة تجربة مرعبة بالنسبة للطفل ، وعلى وجه الخصوص الشلل النومي والهلوسات أثناء النوم ، ومما لا شك فيه أن تفهم الوالدين لهذه الأمور يساعد على محو الاستياء والإحباط الذي يشعر به أفراد العائلة ، كما أنه يجب على الوالدين أن يفهما الطفل أن فترات هذه الأحاسيس مؤقتة وتمر سريعاً ولا داعي للانزعاج منها ، كما أن نوم الطفل في مكان قريب من الآخرين ربما يقلل من الخوف الذي تتطوى عليه هذه الأعراض المرضية ( جوليمينالت Guilleminault ، ١٩٨٧ ، أ ، ٢٤٥ ) .

وبالإضافة إلى التحكم في النعاس أثناء النهار فإن هناك هدف آخر للعلاج وهو التخلص من الانهيار العضلي Cataplexy ، لأنه يسبب آلام حادة عن طريق إعطاء المريض الميثيل فينديد Methylphenidate تحت الإشراف الطبي لتخفيف النعاس أثناء النهار ، كما أن الإمبرامين Imipramine يفيد أيضاً في التخلص من الانهيار العضلي ، ومما يجب التأكيد عليه أنه عند استخدام هذه الأدوية يوصى بأقل جرعة ممكنة لتجنب الآثار الجانبية ، وينبغي توخي الحذر ، وعمل جدول للأيام التي تؤخذ



فيها هذه الأدوية (كاراكان وهويل Karacan & Howell ، ١٩٨٨ ،  
(١٠١) .

### علاج اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس :

يعتمد علاج اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس على عدة محاور  
هي العلاج الطبي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج الجراحي ، ويبدأ العلاج  
الطبي بعلاج أى أمراض مصاحبة مثل كسل الغدة الدرقية ، والسكر ،  
والربو ، وتساعد الأدوية مزيلة الاحتقان على فتح ممرات التنفس العليا ،  
ويجب على المريض الابتعاد عن المهدئات والأدوية المساعدة على النوم ؛  
حيث إن هذه العقاقير تزيد الطين بله كما يجب على المدخنين الامتناع نهائياً  
عن التدخين .

بينما يعتمد العلاج السلوكي الناجح على إنقاص الوزن عن طريق اتباع  
نظام غذائي معين ، وقد يكون التخلص من السمنة صعباً ؛ لذلك يجب التأكيد  
على تعديل سلوكيات تناول الطعام وأداء التمرينات الرياضية ، وكذلك منع  
الشخص من النوم على ظهره بوضع كرة تنس تحت ظهره معلقة في ملابسه  
حتى تجبره على النوم على إحدى جنبيه وبالتالي يظل ممر الهواء مفتوحاً  
بدلاً من غلقه في حالة النوم على الظهر ( بوتسيك وويتمور Pottsic &  
Wetmore ، ١٩٩٠ ، ٦٥٤ ) .

ويتم التوصية بحدوث نوع من التعاون الوثيق بين طبيب  
الأمراض الباطنية والأخصائي النفسى فى حالة اضطراب النوم  
المرتبط بعملية التنفس ، ومن الممكن توسيع مجرى التنفس باستعمال جهاز  
كهربى صغير على هيئة كمادة يوضع مطابقاً للغم أثناء النوم ، وتعتبر هذه

الطريقة من أنجح الطرق العلاجية في الوقت الحاضر وتصل نسبة نجاحها إلى حوالي ٩٠% إلا أنها تسبب ضيقاً لدى نسبة كبيرة من المرضى ، وقد بدأت بعض الشركات الطبية في إنتاج أدوات بلاستيكية بسيطة لتثبيت اللسان للاحتفاظ بمجرى الهواء مفتوحاً أثناء النوم ولكنها لازالت في طور التجربة ( كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤٢٧ ) ، بينما يتمثل العلاج الجراحي في تعديل الحاجز الأنفي إذا كان مائلاً ، وإزالة اللحميات أو الزوائد اللحمية الموجودة في الأنف إذا وجدت ، وكذلك إزالة اللوزتين إذا كانتا متضخمتين ، وتعديل أية تشوهات خلقية بالفم أو الفكين تعيق التنفس .

#### علاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

يحدث هذا الاضطراب نتيجة عدم تطابق الدورة الداخلية لتنظيم النوم والاستيقاظ مع المتطلبات البيئية ، ويعد التشكيل السلوكي Behavioral Shaping الذي يتضمن تقديم أو تأخير وقت نوم الفرد من الطرق المثلى للعلاج ( كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤٢٩ ) .

ويتم علاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة عن طريق تقديم مواعيد وقت النوم فإذا تم تقديم بداية حدوث وقت النوم عن الوقت المرغوب فيه بحوالي ١٥ دقيقة كل ليلة أى من ١١،٣٠ إلى ١١،١٥ مساءً يجب تقديم وقت الاستيقاظ في الصباح ١٥ دقيقة أيضاً للمحافظة على نفس مجموع أو إجمالي وقت أو ساعات النوم ، فمن الضروري الالتزام بوقت النوم ووقت الاستيقاظ ، ونظراً لأنه من السهل تأخير جداول النوم عن تقديمها فإنه يمكن الوصول إلى الوقت المرغوب فيه في النوم بالاتجاه المعاكس ، ومن المفضل عندما

تكون المتطلبات النهارية والمسئوليات التي يجب الاضطلاع بها أثناء النهار ضئيلة كما في الإجازات مثلاً ؛ حيث يتم تأجيل بداية حدوث النوم من ساعتين إلى ثلاث ساعات كل يوم إلى أن يتم الوصول إلى وقت النوم المرغوب فيه ، وذلك للمحافظة على نفس الوقت الاجمالي للنوم ، ويمكن تدعيم هذه التقديمات والتغييرات في وقت النوم عن طريق برامج التعزيز وذلك لدفع أو حفز الفرد على الالتزام أو التمسك بالجدول الزمني الجديد ( شيلدون وآخرون ، Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ج ، ١١٢ ) .

### علاج اضطراب الكابوس الليلي :

يتضمن العلاج الأساسي للكوابيس معاونة الطفل والوالدين على الاهتمام الخاص بالقواعد الصحية للنوم والتخلص من القلق والمخاوف المتعلقة بالنوم والتأكيد على أن الكوابيس هي شئ طبيعي لنوم الطفولة ، وعادة يتم التخلص منها تلقائياً ( فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ، أ ، ٩٢ ) .

وبالإضافة إلى ذلك يجب اتخاذ خطوات لتطمين الطفل بأنه في أمان ، وينبغي على الوالدين تقبل الواقع وإعادة الطمأنينة إلى نفسية الطفل عقب حدوث الكابوس فالأهل الذين يظهرون القلق الزائد عن الحد أو الاهتمام الشديد ربما يعززون أو يقوون الطبيعة المرعبة للكابوس ، ويجب على الوالدين بث الطمأنينة في نفس الطفل بدون تعمد أو من غير قصد حتى لا يشغلا بال الطفل كثيراً بموضوع الكابوس ، وينبغي على الوالدين أيضاً إبعاد الطفل كثيراً عن العوامل البيئية والسلوكية التي يمكن أن تساهم في إحداث الكوابيس وكذلك مثيرات إحداث القلق مثل القصص المخيفة والعروض العنيفة التي يقدمها التلفزيون أو أفلام العنف ، كما يجب على الوالدين أيضاً تجنب تعرض الطفل للتجارب المأساوية أو المسببة للصدمات .

وهناك العديد من التكنيكات العلاجية الفعالة التي تستخدم فى علاج الكوابيس المتكررة منها نزع الحساسية المنظم المرتبط بالتدريب على الاسترخاء ، والتعرض للمثيرات المسببة للقلق وذلك من خلال تركيب مجموعة متسلسلة لمواقف مريحة أو صور متعلقة بكابوس يتم ترتيبها من المثيرات المسببة للقلق من الأقل إلى الأكثر ثم يعمل المعالج مع الطفل ليقرب من كل درجة فى التتابع من الأقل إلى الأكثر أو الأشد وذلك أثناء استخدام الأساليب الفنية للاسترخاء بهدف التخلص من القلق ( أوليندك وأخرون ، Ollendick et al. ، ١٩٩١ ، ١١٧ ) .

وهناك طريقة أخرى وهى إعادة تنظيم الحلم Dream Reorganization وهذه الطريقة تربط بين نزع الحساسية المنظم والعبارات الذاتية للمجاهدة Coping Self - Statements مثل إنه مجرد حلم ، إنه غير حقيقى وذلك لمواجهة محتوى الكابوس المثير للقلق ، وبعد التدريب على الاسترخاء والتدريب المعرفى السلوكى الذى يهدف إلى التأكيد على العبارات الذاتية للتطمين من جديد يمر الطفل ببروفة إرشادية لنهاية التفوق للبنود الترتيبية لمحتوى الحلم ، فعلى سبيل المثال ربما يطور الطفل نهاية سعيدة لحلم مخيف عن طريق التدريب على مثل هذه الأحلام البديلة والتي تؤدى إلى التخلص من الكابوس ( بالاس وجونستون Palace & Johnston ، ١٩٨٩ ، ٢٢٣ ) .

علاج اضطراب الفزع أثناء النوم واضطراب المشى أثناء النوم :

نظراً لأن ذعر أو فزع النوم ، والمشى أثناء النوم يعدان من اضطرابات اليقظة Arousal Disorders فإن علاجهما يكون متشابهاً ،

المشى أثناء النوم فالخطر المحتمل لوقوع حادث في حالة المشى أثناء النوم ينبغي معالجته وذلك بالتأكيد على أن حجرة الطفل والمناطق المحيطة بها قد تم تأمينها فإذا كان الطفل لا ينام في حجرة بالدور الأرضى ينبغي وضع بوابة على السلام أو غلق هذه السلام بطريقة أو بأخرى ووضع مفتاح بوابة السلام في مكان بعيد عن متناول الطفل ، يضاف إلى ذلك أنه يجب غلق الأبواب والنوافذ جيداً ، كما ينبغي إزالة الأشياء التي يمكن أن يصطدم بها الطفل أو تسبب إصابته ، وقد يفيد استخدام جهاز إنذار متصل بباب حجرة الطفل ينبه الوالدين لحظة استيقاظ الطفل أثناء الليل ، وفي حالة حدوث المشى أثناء النوم لا ينبغي على الوالدين إيقاظ الطفل ولكن ينبغي توجيهه بهدوء وإرجاعه إلى الفراش بعناية ، وعلى الرغم من أن الذعر أثناء النوم يتضمن التجوال في البيت إلا أنه في معظم الحالات يجلس الطفل منتصباً في الفراش في ضيق أو كرب شديد ، ومما يجب التأكيد عليه أنه لا ينبغي إيقاظ الطفل ولكن ينبغي طمأنته والعمل على راحته والسماح له باستئناف النوم .

وهناك تكتيك للتصرف حيال هذه الأمور يتضمن تحديد الوقت الذى يحدث فيه فزع النوم أو المشى أثناء النوم ( وعادة يكون هذا الوقت خلال الساعات الأولى من الليل ) وإيقاظ الطفل قبل ١٥ دقيقة من حدوث النوبة ، وبعد ذلك يتم تقليل وقت الاستيقاظ بمرور الأيام حتى يتم حذفها تدريجياً ، ولقد اتضح أن هذه الطريقة تساعد على حدوث فترات أطول من النوم المستمر بشرط أن يتم حذفها بمرور الوقت ( ريكرت وجونسون & Rickert Johnson ، ١٩٨٨ ، ٢٠٧ ) .

وعلى الرغم من أن الطفل نادراً ما يتذكر المخاوف التي انتابته أثناء النوم في اليوم التالي فإن هذه السلوكيات المأساوية يمكن أن تكون مكدرة

بدرجة شديدة للوالدين والأفراد الآخرين في الأسرة ، وكما فى جميع الاضطرابات المتعلقة بالنوم فإن اتباع القواعد الصحية للنوم من الأمور المهمة التى ربما تسهم فى تقليل أو خفض مرات تكرار فترات الذعر أثناء النوم أو فترات المشى أثناء النوم ، كما يجب تجنب شرب السوائل قبل وقت النوم بفترة قصيرة ، وكذلك خفض أو تقليل الضوضاء إلى الحد الأدنى وذلك لأن ضغط المثانة وكذلك الضوضاء يسببان أو يعجلان بحدوث فترات ذعر النوم والمشى أثناء النوم ، وعلاوة على ذلك ينبغي تجنب أى موقف يؤدي إلى زيادة فى المرحلة الثالثة أو المرحلة الرابعة لنوم انعدام حركة العين السريعة ( NREM ) على سبيل المثال الحرمان من النوم ، واستخدام العقاقير أو المخدرات وشرب الكحوليات .

وفى الحالات الحادة والشديدة لهذين الاضطرابين يجب النظر أو التفكير فى العلاج بالعقاقير الطبية أو الأدوية بالاشتراك مع التدخلات السلوكية التى تم وصفها سابقاً ، وينبغي الاستغناء عن العقاقير أو الأدوية حينما تكفى الطرائق السلوكية فى السيطرة على الاضطراب .

وتفيد البنزوديازيبينات Benzodiazepines ، والديازيبام Diazepam فى خمد نوم المرحلة الثالثة ، والمرحلة الرابعة لنوم انعدام حركة العين السريعة ، ولقد ثبت فاعلية وكفاءة هذه العقاقير فى علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب المشى أثناء النوم ، وكذلك اضطراب ذعر النوم ، ومع ذلك فالآثار الجانبية لهما والمتمثلة فى الخمول والشعور بالكسل أثناء النهار وتغيير أنماط النوم العادية واردة ( داهل Dahl ، ١٩٩٢ ، ١٧٠ ) ، وكذلك الآثار طويلة المدى لإيقاف المرحلة الثالثة ، والمرحلة الرابعة لنوم انعدام حركة العين السريعة على إطلاق هرمون النمو ، ومخاطر الأداء الوظيفى ،

وغيرها من العمليات الفسيولوجية الأخرى الناتجة عن تناول هذه العقاقير ،  
وينبغي التأكيد على أن زعر النوم والمشى أثناء النوم فى مرحلة الطفولة من  
المشاكل التى تحل غالباً بطريقة تلقائية بنمو الطفل على الرغم من أنه فى  
بعض الحالات قد تستمر حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ( نوبل  
وآخرون . Nowell et al. ، ١٩٩٧ ، ٢١٧٤ ) .

#### رابعاً : العلاج البيئى :

يتضمن العلاج البيئى تعديل الظروف البيئية الأسرية والمدرسية التى  
تسبب حدوث اضطرابات النوم ، وإرشاد الوالدين والمعلمين بشأن أدوارهم  
فى علاج المشكلة والأساليب الواجب اتباعها فى هذا الصدد ، ومن بينها  
حسن معاملة الطفل فى مواقف النوم ، وتنظيم مواعيده ، وتجنب ما يثير  
القلق لدى الطفل ، وتخفيف الضغوط المدرسية ، وتهيئة مكان النوم بحيث  
يكون فى غرفة هادئة بعيدة عن الضجيج والأضواء ، ويفضل قبل النوم  
سماع الموسيقى الهادئة ، فالموسيقى تساعد على الاسترخاء ، وكذلك يفضل  
عدم التفكير وشغل الذهن بالمشاكل والهموم فحينما يرغب الفرد فى النوم  
يجب أن يبتعد عن كل ما يعكر صفو الذهن بالمشاكل والهموم ؛ فالخلود إلى  
النوم يتطلب الصفاء ذهنى والاسترخاء الجسمى .

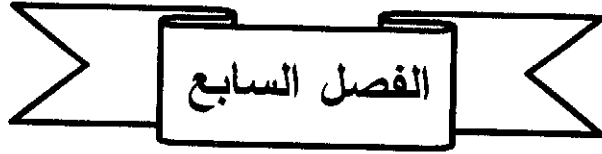
#### خامساً : العلاج الأسرى :

يتضمن العلاج الأسرى إرشاد الوالدين وتوجيههم بالأسلوب الأمثل  
لمعاملة الطفل فى مواقف النوم ، وكذلك تبصيرهم بكيفية علاج اضطرابات  
النوم المختلفة والإرشادات التى يجب اتباعها من أجل تمتع الطفل بالنوم  
الكافى من حيث المدة ، والمريح من حيث النوعية والتى تتمثل فى :  
- تنظيم ساعات العمل والنوم والراحة وأوقات تناول الطعام .

- تناول وجبة العشاء قبل موعد النوم بساعتين إلى ثلاث ساعات ، وينصح بعدم تناول الأطعمة الثقيلة والدسمة والاستعاضة عنها بالأطعمة السهلة الهضم أو الخفيفة .
- عدم تناول الأطفال للسوائل التي تحتوى على الكافيين كالشاي والقهوة والكوكاكولا والشيكولاته والآيس كريم وخاصة فى المساء لأنها تتببه الجهاز العصبى ، ويمكن الاستعاضة عنها بتناول الحليب وشاي الأعشاب وغيرها من المشروبات التي تساعد على الاسترخاء .
- النوم فى غرفة هادئة بعيدة عن الضجيج والأضواء الشديدة لأن الأضواء الشديدة من العوامل التي تؤثر على النوم ؛ لذلك يفضل أن يكون الضوء خافتاً ، وأن تكون درجة حرارة الغرفة مناسبة .
- سماع الموسيقى الهادئة قبل النوم لأنها تساعد على الاسترخاء .
- تجنب نوم القيلولة لأن نوم القيلولة يؤدي إلى صعوبة النوم أثناء الليل .
- التأكيد على أن النوم ضرورى للجسم فهو يعيد للجسم توازنه النفسى والجسمى المفقود ، ويحقق له الاستقرار والهدوء ، فالشخص الذى ينام ساعات كافية ليلاً يستيقظ والحيوية تشع من عينيه صباحاً ، أما الشخص الذى لا ينام ساعات كافية فإنه يستيقظ متكاسلاً وليس لديه رغبة فى العمل أو حتى مغادرة الفراش ؛ لذلك فإن النوم ضرورة من أجل المحافظة على صحة وسلامة الجسم وأداء وظائفه الحيوية المختلفة بشكل جيد .



## الفصل السابع



تقدير وقياس اضطرابات النوم



أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

مقدمة :

يجب أن يبدأ تشخيص اضطرابات النوم عند طبيب الأمراض الباطنية لكي يقوم بعمل تقييم طبي شامل ودقيق قبل تحويل الفرد الذي يعاني من اضطرابات النوم إلى الطبيب النفسي ، وفي حالة ما إذا كان الطبيب النفسي هو أول من يعتنى بفحص المريض فإنه ينبغي عليه في هذه الحالة أن يحول هذا المريض إلى طبيب الأمراض الباطنية لإجراء التشخيص ؛ وذلك بهدف استبعاد أى أساس جسمي يكون سبباً في حدوث اضطراب النوم ، فالتحويل لعيادة اضطرابات النوم أو استشارة أخصائي اضطرابات النوم يكون جزء من التقدير الأولى أو المبدئي ، ويبدأ علاج اضطرابات النوم بعلاج الأعراض المرضية أولاً ثم يلي ذلك علاج العوامل المسببة للاضطراب ، وينبغي أن يبدأ التقدير بمقابلة كلينكية تتضمن وصفاً شاملاً لمشكلات النوم .

المقابلة الشخصية الكلينيكية :

١- المعالم الرئيسية :

- متى حدث الاضطراب أول مرة ؟ .
- عدد مرات تكرار حدوثه .
- وقت الحدوث أثناء الليل .
- وصف تفصيلي للسلوك الذي يتضمنه الحدث .
- درجة الضيق أو الكرب التي يسببها الاضطراب .
- تذكر الطفل للحدث في اليوم التالي .
- درجة إثارة وهياج الطفل أثناء الحدث .

٢- الأحداث الحياتية :

- ميلاد أخ أو أخت .
- التغيرات المدرسية كالانتقال من صف إلى صف آخر أو الانتقال إلى مدرسة أخرى .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

- إصد - الطفل بالاضطراب .
- إصد - أحد أفراد الأسرة بالاضطراب .
- إصد - أحد أصدقاء الطفل بالاضطراب .
- إيذا - لطفل من الوالدين .
- إيذا - لطفل من الآخرين .

٣- التفاعلات الوالدية :

- تدعي - أو تشجيع الوالدين للطفل .
- علاء - الوالدين ببعضهما .
- ضيغ - الوالدين أو أحدهما من تصرفات الطفل .
- ردو - أفعال الوالدين عندما يستيقظ الطفل ليلاً .
- هل - سمح الوالدان للطفل عندما يصحو مذعوراً بالنوم معهما في حرة نومهما أم يصران على نومه في حجرته الخاصة ؟ .

٤- العادات الصحية المرتبطة بعملية النوم :

- تناو - السوائل قبل النوم أو في وقت قريب من وقت النوم .
- تناو - الطعام قبل النوم .
- تناو - الأدوية قبل النوم .
- انتض - مواعيد النوم .
- نظ - الروتين مثل وقت الذهاب إلى الفراش ، ومشاهدة التليديون ، والقراءة ، وسماع الموسيقى .

٥- العوامل متعلقة ببيئة النوم :

- درج - حرارة غرفة النوم .
- مسد - الضوضاء .
- هل - نارك الطفل في الحجرة أطفال آخرين أم ينام بمفرده ؟ .
- إضد - حجرة النوم ( شديدة أم خافتة ) .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

٦- التاريخ النفسى للطفل والأسرة :

- هل يعانى أحد الوالدين أو كليهما من اضطرابات النوم فى الماضى أو قى الوقت الحالى ؟ .
- إذا كان أحد الوالدين يعانى من اضطرابات النوم فما هو العلاج الذى تلقاه ؟ ، وهل اضطراب الطفل اتبع مساراً أو تطوراً مشابهاً أم لا ؟ .

- هل يعانى أحد الوالدين أو كليهما من القلق ؟ .
- هل يعانى أحد الوالدين أو كليهما من الاكتئاب ؟ .
- ما العلاج الذى تلقاه الطفل أثناء حدوث الاضطراب ؟ .
- هل يعانى الطفل من القلق ؟ .
- هل يعانى الطفل من الاكتئاب ؟ .
- هل يتعرض الطفل لإيذاء أحد الوالدين أو كليهما ؟ .
- هل يتعرض الطفل لسوء المعاملة من أحد الوالدين أو كليهما ؟ .

٧- التاريخ الطبى للطفل :

- نوع الولادة والمضاعفات التى حدثت أثناء الولادة .
  - هل توجد مصاعب تتعلق بعملية التنفس كالربو مثلاً ؟ .
  - هل يعانى الطفل من السمنة ؟ .
- وأثناء إجراء المقابلة الكلينيكية لابد أولاً من تحديد متى حدثت اضطرابات النوم أول مرة ، ومرات تكرار الاضطراب ووقت الحدوث أثناء الليل ، ومدة كل اضطراب ، وتطور سير الاضطراب والوصف التفصيلى للسلوك الذى يتضمنه الحدث .

وإذا كان هناك شك فى وجود مُخلات للنوم Parasomnias ينبغى على

## أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

الكلينيكى ، يقدر بحرص وعناية الحركات الإيقاعية التى تحدث أثناء النوم والتزحزح أو الانتقال من الفراش ، ودرجة إثارة وهياج الطفل أثناء الحدث ، وقدرة الطى على تذكر الحدث فى اليوم التالى ( كلور وهيبيل Clore & Hibel ، ١٩٩٣ ، ١٤ ) ، وينبغى تقدير الأحداث الحياتية التى تؤدى إلى حدوث اضطرابات النوم بالإضافة إلى الأحداث التى مر بها الطفل فى ذلك الوقت ، كما أن الإيذاء الجنىسى أو الانتهاك الجنىسى الذى قد يتعرض له الطفل يؤدى إلى حدوث اضطرابات النوم .

والأعراض المرضية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة Post Traumatic Stress Disorder ، والأفكار الاقتحامية أو التهجمية Intrusive Thoughts ، وفرط اليقظة Hyperarousal ربما تكون مصادر لقلق الكوابيس وصعوبة النوم أثناء الليل ، ومن الواضح أن هذه الأعراض لا ينبغى تفسيرها أو فهمها على أنها تعنى أن جميع أو حتى معظم حالات اضطرابات النوم فى الطفولة ترتبط بالإيذاء أو الانتهاك الجنىسى أو الأفكار الاقتحامية .. الخ ، ومع ذلك ينبغى أن يكون الكلينيكى على وعى تام أو منتبهاً لإمكانية أو احتمال حدوث مثل هذه العوامل عندما يقوم بتقدير الاضطرابات المتعلقة بالنوم لدى الأطفال ، بالإضافة إلى ذلك فإن تفهم الوالدين لمشكلة النوم عند الطفل يعتبر أمراً مهماً ، كذلك يجب أن يبحث الوالدين عن المعززات التى تحافظ على استمرارية سلوك الطفل ، وإذا استيقظ الطى ليلاً ماهى ردود الأفعال أو استجابات الوالدين لهذا الأمر ؟ ، وهل يسمح للطفل بالنوم فى أماكن أخرى غير حجرة نومه ؟ ، وما درجة الضيق أو كرب أو الاضطراب التى لاحظها الوالدان أو أهل الطفل فيما يتعلق بمشكلة نوم الطفل ؟ ، وقلق الأهل أو الوالدين عاملاً مهماً جداً فى دفعهم أو تفضيهم على البحث عن المساعدة لعلاج مشكلة النوم لدى

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

الطفل (فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ، أ ، ٧٣ - ٧٤ ) .

ويجب أن ينظر إلى اضطرابات النوم في سياق القواعد الصحية للنوم أو الحالات التي تحسن النوم المستمر ، وتقويم القواعد الصحية للنوم ينبغي أن يشتمل على معلومات مثل تناول الطعام ، وشرب السوائل في وقت قريب من وقت النوم مع الانتباه الخاص للمشروبات التي تحتوى على الكافيين والمشروبات الكحولية ، وكذلك تناول أية أدوية أو عقاقير طبية ، ويجب أن يكون هناك وصف شامل ودقيق لنظام أو روتين وقت النوم أو وقت الذهاب إلى الفراش مثل مشاهدة التلفزيون أو القراءة ، وهل الطفل يقرأ بمفرده أم أن والديه يقرآن له حكايات قبل النوم ، وعلاوة على ذلك يتضمن تقدير القواعد الصحية للنوم فحص العوامل المتعلقة ببيئة النوم مثل درجة حرارة الغرفة ، ومستوى الضوضاء ، وإضاءة حجرة النوم ، ووجود بطانية ، وسماع موسيقى ، وهز السرير للطفل أو الغناء له ، ووجود أشقاء أو شقيقات آخرين يشتركون مع الطفل في حجرة النوم (ثوربى Thorpy ، ١٩٨٨ ؛ شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ب ) .

كما يجب أن تقدر المقابلة الكلينيكية التاريخ الطبي والنفسي للطفل ، كما يجب معرفة ما إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما عانى في الماضى أو يعانى في الوقت الحاضر من اضطرابات تتعلق بالنوم مستقلة أو منفصلة عن مشكلة الطفل ، وإذا كان هناك اضطراب في النوم في الماضى أو في الوقت الحالى لدى أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة فما العلاج الذى تلقاه هذا الشخص ؟ ، وهل اضطراب الطفل اتبع مساراً مشابهاً ؟ كل هذه الأسئلة يجب أن توضع في الاعتبار من جانب الكلينيكى أثناء عملية التقويم المبدي .  
وفيما يلي عرض لمجموعة من الأدوات أو المقاييس التي تفيده في

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

قياس أوجه السلوك المتعلقة بالنوم التي تعد مؤشراً للأعراض المرضية لاضطرابات النوم .

مقياس سلوك النوم عند الأطفال :

**Children's Sleep Behavior Scale**

تعريب : د. مجدى الدسوقي

أعد هذا المقياس فيشر وآخرون Fisher et al. ( ١٩٨٩ ) وذلك بهدف تقييم أو تقدير أوجه السلوك المتعلقة بالنوم فى سنوات الطفولة المتوسطة والمتأخرة ، ويقوم الوالدين أو أحدهما بتطبيق هذا المقياس ، ويتكون المقياس من ٢٢ فقرة ، ويوجد أمام كل فقرة خمس اختيارات هى :

- أبداً ( لم يحدث ذلك خلال الست شهور الماضية ) .
- نادراً ( مرة واحدة خلال الست شهور الماضية ) .
- أحياناً ( مرتان أو ثلاث مرات خلال الست شهور الماضية ) .
- كثيراً ( أربع أو خمس مرات خلال الست شهور الماضية ) .
- دائماً ( ست مرات أو أكثر خلال الست شهور الماضية ) .

ويأخذ المفحوص درجة واحدة إذا كانت إجابته أبداً ، ودرجتان إذا كانت إجابته نادراً ، وثلاث درجات إذا كانت إجابته أحياناً ، وأربع درجات إذا كانت إجابته كثيراً ، وخمس درجات إذا كانت إجابته دائماً ، والعبارة رقم ٢٢ يستدل منها على أن متوسط ساعات النوم فى معدله الطبيعى أم لا ، والدرجة المرتفعة تشير إلى اضطراب سلوك النوم ، وفيما يلى عرض لكراسة أسئلة المقياس .



م	العبارة	أبداً	ناراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١	هل يذهب طفلك إلى الفراش للنوم بمحض إرادته ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٢	هل يعاني طفلك من القلق أثناء النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٣	هل سبق لك أن رأيت طفلك يببّس أثناء نومه ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٤	هل يستيقظ طفلك من النوم أثناء الليل ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٥	هل سبق لك أن سمعت طفلك يتكلم أثناء النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٦	هل سبق لك أن لاحظت طفلك يمشى وهو نائم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٧	هل سبق لك أن رأيت طفلك يجلس أثناء النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٨	هل يجز طفلك على أسنانه أثناء النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٩	هل سمعت طفلك يضحك أثناء النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٠	هل أخبرك طفلك أنه رأى حلاًماً مخيفاً أثناء نومه ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١١	هل لاحظت أن طفلك يقوم بأفعال تكرارية كخبط الرأس أو كثرة التقلب أثناء نومه ؟ ..	.....	.....	.....	.....	.....
١٢	هل يعاني طفلك من مشكلات تتعلق بالتبول في الفراش ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٣	هل ينام طفلك بسهولة ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

م	العبارة	نادرًا	أحيانًا	كثيرًا	دائمًا
١٤	هل يعاني طفلك من الكوابيس الليلية ولا يتذكرها في اليوم التالي ؟ .....	.....	.....	.....	.....
١٥	هل عبر طفلك عن مخاوفه من النوم في الظلام ؟ .....	.....	.....	.....	.....
١٦	هل يستيقظ طفلك بسهولة في الصباح ؟ .....	.....	.....	.....	.....
١٧	هل لاحظت أن طفلك تحدث له كوابيس يبدو فيها خائفًا أو مرعوبًا إلى حد كبير ؟ ..	.....	.....	.....	.....
١٨	هل اكتشفت أن طفلك يبكي أثناء نومه ؟ .....	.....	.....	.....	.....
١٩	هل أخبرك طفلك أنه حلم حلمًا جميلًا ؟ .....	.....	.....	.....	.....
٢٠	هل يشكو طفلك من وجود صعوبات الدخول في النوم أو الاستمرار فيه ؟ .....	.....	.....	.....	.....
٢١	هل يستيقظ طفلك للذهاب إلى الحمام أثناء الليل ؟ .....	.....	.....	.....	.....

٢٢ - كم عدد الساعات التي ينامها طفلك كل ليلة في المتوسط ؟ .

أ- من ٤ - ٥ ساعات ب- ٦ ساعات ج- من ٥ - ٩ ساعات

د- من ١٠ - ١١ ساعة هـ- ١١ ساعة أو أكثر

مقياس تقدير اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

Morningness Eveningness Scale for Children

تعريب : د. مجدى الدسوقي

يتم تقدير اضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى الأطفال بمقياس الفترات الصباحية والفترات المسائية ، وهذا المقياس من إعداد كارسكادون وآخرون

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

Carskadon et al. ( ١٩٩٣ ) ويتكون المقياس من عشرة مواقف يلي كل موقف منها مجموعة من الاستجابات ، وعلى المفحوص أن يختار الاستجابة التي تنطبق عليه وذلك بوضع دائرة حول الحرف المجاور للاستجابة التي تنطبق عليه .

ويتم حساب الدرجة الكلية على المقياس كالاتي : لنفرض مثلاً أن المفحوص وضع دائرة حول الاستجابة ( ج ) للموقف الأول ، ودائرة حول الاستجابة ( د ) للموقف الثاني ، ودائرة حول الاستجابة ( أ ) للموقف الثالث ، ودائرة حول الاستجابة ( ب ) للموقف الرابع ... وهكذا في باقى المواقف فإن الدرجة الكلية = ٣ × درجة الموقف الأول + ٤ × درجة الموقف الثاني + ١ × درجة الموقف الثالث + ٢ × درجة الموقف الرابع + ..... بالنسبة لباقي المواقف التي يتكون منها المقياس مع ملاحظة أن المواقف التي تحمل أرقام ٢ ، ٧ ، ٩ يتم تصحيحها في الاتجاه العكسي ، وفيما يلي عرض لمواقف هذا المقياس .

١- تخيل أن غداً أجازة من المدرسة أو الكلية وبإمكانك أن تصحو أو تستيقظ في أى وقت تريده ، فمتى ستصحو من النوم وتغادر الفراش ؟ .

- أ- بين الخامسة والسادسة صباحاً .
- ب- بين السادسة والنصف والسابعة إلا ربع صباحاً .
- ج- بين السابعة وخمسة وأربعون دقيقة والتاسعة وخمسة وأربعون دقيقة صباحاً .
- د- بين الحادية عشرة صباحاً والواحدة ظهراً .

٢- هل من السهل عليك أن تستيقظ فى الصباح ؟ .

- أ- مستحيل .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

- ب- نوعاً ما .
- ج- سهل إلى حد ما .
- د- يعتبر ذلك من الأشياء السهلة جداً بالنسبة لى .
- ٣- إن وقت ممارسة الرياضة فى صالة التدريب ( الجيمنازيوم ) محدد له الساعة السابعة صباحاً ، فماذا ستفعل ؟ .
- أ- سأبذل كل ما فى وسعى لأتدرب فى الوقت المحدد .
- ب- هذا الوقت يناسبنى ولا توجد مشكلة .
- ج- هذا الوقت سئ ولا يناسبنى .
- د- هذا شئ مستحيل بالنسبة لى .
- ٤- لو فرض أنك ستؤدى اختباراً غداً فى مقرر ما ، فما الوقت الذى يناسبك ؟ .
- أ- من الثامنة إلى العاشرة صباحاً .
- ب- من الحادية عشرة صباحاً إلى الواحدة ظهراً .
- ج- من الساعة الثالثة ظهراً إلى الخامسة مساءً .
- د- من الساعة السابعة إلى التاسعة مساءً .
- ٥- ما الوقت الذى تتمتع فيه بالنشاط والحيوية وتفضل أن تقوم فيه بعمل الأشياء المفضلة لك ؟ .
- أ- فى الصباح فأنا أكون متعباً فى المساء .
- ب- فى الصباح أكثر من المساء .
- ج- فى المساء أكثر من الصباح .
- د- فى المساء فأنا أكون متعباً فى الصباح .
- ٦- إذا قرر والداك السماح لك أن تحدد وقت ذهابك إلى النوم فما الوقت الذى تختاره ؟ .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

- أ- بين الثامنة والتاسعة مساءً .  
ب- بين التاسعة والعاشر مساءً .  
ج- بين العاشرة والثانية عشر والنصف صباحاً .  
د- بين الثانية والثالثة صباحاً .
- ٧- عندما تصحو من النوم وخلال النصف الساعة الأولى : إلى أي مدى تكون منتبهاً ومتيقظاً ؟ .  
أ- لا أكون منتبهاً .  
ب- أشعر بقليل من الدوخة أو الدوار .  
ج- أكون على ما يرام .  
د- مستعد تماماً وفي كامل انتباهي .
- ٨- متى تشعر بأنك بحاجة للذهاب إلى الفراش للنوم ؟ .  
أ- بين الثامنة والتاسعة مساءً .  
ب- بين التاسعة والعاشر مساءً .  
ج- بين العاشرة مساءً والثانية عشر والنصف صباحاً .  
د- بين الثانية عشر والنصف الثانية صباحاً .  
هـ- بين الثانية والثالثة صباحاً .
- ٩- إذا اضطرت للاستيقاظ في الساعة السادسة صباحاً كل يوم ، فهل هذا يمثل مشكلة بالنسبة لك ؟ .  
أ- هذا شيء فظيع ومؤلم .  
ب- هذا شيء سيئ .  
ج- لا بأس إذا اضطرت إلى ذلك .  
د- لا توجد مشكلة في ذلك ، فهذا يناسبني تماماً .
- ١٠- عندما تستيقظ في الصباح كم من الوقت تستغرقه لتكون مستعداً لمغادرة

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

الفرش ؟ .

أ- من دقيقة إلى ١٠ دقائق .

ب- من ١١ دقيقة إلى ٢٠ دقيقة .

ج- من ٢١ دقيقة إلى ٤٠ دقيقة .

د- أكثر من ٤٠ دقيقة .

مقياس إيبورث للنوم (\* ) : The Epworth Sleepiness Scale

تعريب : د. مجدى الدسوقي

يفيد هذا المقياس فى التعرف على المستوى العام لنوم الفرد أثناء النهار الذى يكون مؤشراً للأعراض المرضية لاضطرابات النوم ، وهذا المقياس يعتمد عليه المهنيون فى قياس الحرمان من النوم Sleep Deprivation ، والنعاس أثناء النهار Daytime Sleepiness ويتكون المقياس من ثمان فقرات كل منها تصف موقفاً يومياً روتينياً ويطلب من المفحوص أو المفحوصة أن يقوم بتقدير احتمال حدوث الغفوات أو الشعور بالنوم أثناء النهار أو أثناء القيام بأداء الأنشطة المتعددة خلافاً لنوم الفرد لمجرد شعوره بالتعب أو الإرهاق ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بهذا المقياس .

(\* ) أحياناً يسمى هذا المقياس باختبار النوم أثناء النهار Daytime Sleepiness Test

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

كراسة الأسئلة

بيانات أولية :

الاسم : ..... النوع : ( ذكر/ أنثى )  
المدرسة / الكلية / المهنة : .....  
تاريخ الميلاد : .....  
تاريخ الإجراء : .....  
بيانات أخرى : .....

تعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تفيد في التعرف على مستوى النعاس أو النوم لديك أثناء النهار أو أثناء قيامك بأداء أنشطة الحياة العادية ، ويوجد أمام كل منها مجموعة من الاختيارات .

المطلوب منك :

- أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة ( ✓ ) أسفل الاختيار الذي ينطلق عليك .
- أن يكون اختيارك للإجابة عن كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختار الإجابة عليها .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة - فقط - مادامت تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التي يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

وشكراً على تعاونك

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

ما احتمالات أن يغلبك النعاس أو النوم الخفيف في المواقف التالية خلافاً لمجرد شعورك بالتعب أو الإرهاق ؟ .

م	العبارة	لا توجد فرصة أو احتمال للنوم الخفيف (لا أغفو أبداً)	يوجد احتمال بسيط أو ضئيل للنوم الخفيف أو الغفوة	يوجد احتمال متوسط للنوم الخفيف أو الغفوة	يوجد احتمال عالي لكي أغفو أو أبداً في النوم
١	أثناء الجلوس أو القراءة .	.....	.....	.....	.....
٢	أثناء مشاهدة التلفزيون ..	.....	.....	.....	.....
٣	أثناء الجلوس باسترخاء في مكان عام مثل النادي أو المسرح... الخ .....	.....	.....	.....	.....
٤	أثناء قيادة السيارة أو الدراجة البخارية لمدة ساعة بدون توقف.....	.....	.....	.....	.....
٥	أثناء الاستلقاء للراحة في فترة بعد الظهر .....	.....	.....	.....	.....
٦	أثناء الجلوس والتحدث مع شخص آخر .....	.....	.....	.....	.....
٧	أثناء الجلوس باسترخاء بعد تناول الغذاء .....	.....	.....	.....	.....
٨	أثناء التوقف عن قيادة السيارة أو الدراجة ليضع دقائقي في إشارة المرور .	.....	.....	.....	.....



أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

ويجيب المفحوص أو المفحوصة على كل بند بإجابة واحدة من بين أربعة اختيارات لا يوجد احتمال أو فرصة للنوم الخفيف ( لا أغفو أبداً ) ، ويوجد احتمال بسيط أو ضئيل للنوم الخفيف أو الغفوة ، ويوجد احتمال متوسط للنوم الخفيف ، ويوجد احتمال عالى لى أغفو أو أبداً فى النوم .

ويعطى للمفحوص صفرأ إذا كان اختياره هو الأول ، ودرجة واحدة للاختيار الثانى ، ودرجتان للاختيار الثالث ، وثلاث درجات للاختيار الثالث ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص أو المفحوصة على المقياس .  
والدرجة التى تقل عن ٨ توضح الأداء الطبيعى للنوم .

والدرجة من ٨ - ١٠ تشير إلى نوم معتدل .

والدرجة من ١١ - ١٥ تشير إلى نوم متوسط .

والدرجة من ١٦ - ٢٠ تشير إلى نوم شديد أو ثقيل .

والدرجة من ٢١ - ٢٤ تشير إلى نوم زائد عن الحد .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

قائمة المفاهيم الشائعة عن الأرق :

إعداد : د. مجدى الدسوقي

تهدف هذه القائمة إلى التعرف على اعتقادات الفرد نحو النوم ،  
والبدائل التي تساعده على الدخول فى النوم .

بيانات أولية :

الاسم : ..... النوع : ( ذكر / أنثى )

المستوى التعليمى:.....

المهنة فى حالة العاملين :.....

تاريخ الميلاد :.....

تاريخ الإجراء :.....

بيانات أخرى :.....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تتعلق باعتقاداتك نحو النوم من  
حيث الطريقة أو الأسلوب ، والعوامل التى تساعد على الدخول فى النوم ،  
ويوجد أمام كل عبارة ثلاث اختيارات هى حقيقى ، محتمل ، خاطئ .

المرجو منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تبنى رأيك بوضع علامة ( ✓ ) أسفل الاختيار  
الذى ينطبق عليك .
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .

ومما يجب التأكيد عليه أن إجابتك على العبارات المكونة للقائمة تحاط  
بالسرية التامة ، ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

م	العبارة	حقيقى	محتمل	خاطىء
١	يعتبر الأرق مرض أو علة .....	.....	.....	.....
٢	لا يمكن الشفاء من الأرق .....	.....	.....	.....
٣	يحدد الأرق فى ضوء عدد الساعات التى ينامها الفرد كل ليلة .....	.....	.....	.....
٤	الأقراص المنومة هى الشفاء أو العلاج الوحيد للأرق .....	.....	.....	.....
٥	يمكن أن يستمر الأرق لمدة طويلة تصل إلى عشر سنوات .....	.....	.....	.....
٦	ينتشر الأرق عن طريق العدوى .....	.....	.....	.....
٧	أخذ حمام دافئ قبل النوم يساعد المرء على الدخول فى النوم .....	.....	.....	.....
٨	النوم على الظهر أو على الجانب الأيسر أفضل من النوم على الجانب الأيمن .....	.....	.....	.....
٩	الانشغال بقراءة القرآن أو عد الأرقام أثناء الاستلقاء فى الفراش يساعد المرء على أن يغلبه النعاس .....	.....	.....	.....
١٠	شدة الضوضاء تساعد المرء على الدخول فى النوم بسهولة .....	.....	.....	.....
١١	الاستماع إلى الموسيقى يساعد المرء على الدخول فى النوم .....	.....	.....	.....
١٢	النوم فى غرفة جيدة التهوية يساعد على زيادته .....	.....	.....	.....

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

م	العبارة	حقيقي	محتفل	خاطيء
١٣	النوم على مرتبة جامدة يؤدي إلى نوم أفضل أو منعش	.....	.....	.....
١٤	تناول المشروبات التي تحتوي على الكافيين كالشاي والقهوة قبل النوم يؤدي إلى الأرق	.....	.....	.....
١٥	تناول المشروبات الكحولية ( الخمر ) يؤدي إلى نوم أفضل	.....	.....	.....
١٦	التنفس بهدوء وعمق يساعد على النوم	.....	.....	.....
١٧	الأفراد السمان معرضون بدرجة أكبر للأرق عن الأفراد النحاف	.....	.....	.....
١٨	تصور أو تخيل الأشياء المملة يساعد على الدخول في النوم	.....	.....	.....
١٩	الاستلقاء في الفراش ومشاهدة التلفزيون يساعد على دخول الفرد في النوم	.....	.....	.....
٢٠	النوم على الجانب الأيمن أفضل من النوم على الظهر أو على الجانب الأيسر	.....	.....	.....
٢١	أحتاج للنوم ثمان ساعات كل يوم لأشعر بالنشاط	.....	.....	.....
٢٢	إذا لم أستطع النوم جيداً أثناء الليل لا أستطيع إنجاز أعمالى اليوم التالى	.....	.....	.....
٢٣	عدم النوم جيداً يجعلنى قلقاً ومتوتراً فى اليوم التالى	.....	.....	.....

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

ويجيب المفحوص أو المفحوصة عن كل بند أو عبارة بإجابة واحدة من بين ثلاث اختيارات حقيقى ، ومحتمل ، وخاطيء ، ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى ٣ ، ٢ ، ١ ، على الترتيب مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٦ ، ٨ ، ١٠ ، ١٥ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٣ تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على القائمة .

ملحوظة :

فى حالة استخدام القائمة للكشف عن المعتقدات أو المفاهيم المختلة أو غير الصحيحة عن الأرق يراعى أن العبارات التى تحمل أرقام ٥ ، ٧ ، ٩ ، ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٨ عبارات صحيحة وباقى العبارات تمثل العبارات الخاطئة أو المفاهيم المختلة أو غير الصحيحة .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

مقياس اضطرابات النوم :

إعداد : د. مجدى الدسوقي

بيانات أولية :

الاسم : ..... النوع : ( ذكر / أنثى )

المستوى التعليمى ( المهنة ) : .....

تاريخ الميلاد : .....

تاريخ الإجراء : .....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تتعلق بكيفية أو نوعية نوم أي منا ، ويوجد أمام كل عبارة اختياران هما : " تنطبق " أو " لا تنطبق " .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تبدى رأيك بوضع علامة ( ✓ ) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك .
- أن تكون إجابتك عن كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختار الإجابة التى تنطبق عليك .
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة - فقط - طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على عبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

م	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
١	أعاني من الشخير أثناء النوم	.....	.....
٢	أعاني من توقف التنفس أثناء النوم	.....	.....
٣	أنفعل وأغضب بسرعة	.....	.....
٤	أعرق بغزارة أثناء الليل	.....	.....
٥	أعاني من عدم انتظام دقات القلب أثناء النوم	.....	.....
٦	أشعر بالصداع عندما أصحو من النوم في الصباح	.....	.....
٧	أستيقظ فجأة أثناء الليل وأنا أشعر كما لو كنت أختنق	.....	.....
٨	أعاني من زيادة الوزن	.....	.....
٩	أشعر بالنعاس وأقاومه من أجل أن أظل مستيقظاً	.....	.....
١٠	أستيقظ من النوم من وقت إلى آخر وعندى جفاف في الحلق	.....	.....
١١	أعاني من صعوبة الدخول في النوم	.....	.....
١٢	تتسابق الأفكار في عقلي عند الاستلقاء في الفراش وتمنعني من النوم	.....	.....
١٣	تحدث مشكلات تتعلق بنومي عدة مرات في الأسبوع	.....	.....
١٤	عندما أستيقظ ليلاً أجد صعوبة في العودة إلى النوم مرة أخرى	.....	.....
١٥	أجد صعوبة في الاسترخاء	.....	.....
١٦	أستيقظ مبكراً في الصباح رغماً عن إرادتي	.....	.....

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

م	العبارة	تطبيق	لا تتطبق
١٧	أظن مستيقظاً لمدة نصف ساعة أو أكثر قبل أن يغلبني النعاس .....	.....	.....
١٨	أعاني من صعوبة التركيز في معظم الأشياء التي أقوم بها عندما لا أنام جيداً .....	.....	.....
١٩	أشعر بارتخاء وضعف في معظم عضلات جسمي عند الغضب .....	.....	.....
٢٠	يغلبني النعاس أثناء قيادتي للسيارة أو أي مركبة أخرى .....	.....	.....
٢١	أشعر غالباً بأنني في غفوة " نصف نائم " .....	.....	.....
٢٢	أشاهد مناظر تشبه الحلم عندما يغلبني النعاس أو عند الاستيقاظ .....	.....	.....
٢٣	يغلبني النعاس في الأماكن العامة التي تمتلئ بالناس كالنو-ي ودور السينما... الخ .....	.....	.....
٢٤	أعاني من المتاعب أو المشاكل في العمل بسبب النعاس .....	.....	.....
٢٥	أحلم سريعاً عندما يغلبني النعاس أو أثناء نوم القيلولة .....	.....	.....
٢٦	تتتابع غفوات النوم أثناء النهار مهما حاولت الاستغناء .....	.....	.....
٢٧	أشعر أحياناً بأنني مصاب بالشلل ولا أستطيع التحرك أثناء النوم .....	.....	.....
٢٨	أستيقظ من النوم ليلاً لشعوري بضيق في التنفس .....	.....	.....



م	العبر	تطبيق	لا تطبيق
٢٩	أشعر بالتهاب فى الزور من وقت إلى آخر عقب الاستيقاظ	.....	.....
٣٠	أشعر بتوتر فى عضلات الساقين بخلاف الأوقات التى أمارس فيها التمارين الرياضية	.....	.....
٣١	أخبرنى أفراد أسرتى أن بعض أجزاء جسمى ترتعش أثناء النوم	.....	.....
٣٢	أخبرنى أفراد أسرتى أننى أمشى وأنا نائم	.....	.....
٣٣	أخبرنى أفراد أسرتى أننى أجلس أثناء النوم	.....	.....
٣٤	أشعر بألم بطئ فى أرجلى عند الدخول فى النوم	.....	.....
٣٥	أشعر بألم فى الساقين أو شد عضلى أثناء الليل	.....	.....
٣٦	أحرك الساقين كثيراً أثناء الليل لكى أشعر بالراحة	.....	.....
٣٧	أشعر بالنعاس أثناء النهار على الرغم من أننى أنام جيداً أثناء الليل	.....	.....
٣٨	أعانى من الكوابيس الليلية التى لا أتذكرها فى اليوم التالى	.....	.....
٣٩	أخبرنى المحيطون بى أنه تحدث هزات مفاجئة لأرجلى أثناء النوم	.....	.....
٤٠	أواجه صعوبة فى التركيز أثناء النهار	.....	.....

ويجب المفحوص أو المفحوصة على كل بند أو عبارة بإجابة واحدة من بين اختياريين تتطبق أو لا تتطبق ويعطى المفحوص درجة واحدة إذا كانت إجابته تتطبق وصفرأ إذا كانت إجابته لا تتطبق ويستخدم الجمع

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على المقياس ، والدرجة المرتفعة تشير إلى أن الفرد يعانى من اضطرابات النوم والعكس صحيح .

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

استخبار النوم :

إعداد : د. مجدى الدسوقي

بيانات أولية :

الاسم : النوع : ..... النوع ( ذكر / أنثى )  
المستوى التعليمى ( المهنة ) .....  
تاريخ الميلاد : .....  
تاريخ الإجراء : .....  
بيانات أخرى : .....

فيما يلي مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بالمشاكل التي قد يتعرض لها أي منا أو يشعر بها نتيجة عدم النوم الكافي .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل سؤال بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة ( ✓ ) أسفل الاختيار الذي ينطبق عليك .
- أن تكون إجابتك عن كل سؤال من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك .
- التأكد من قراءة كل سؤال جيداً قبل أن تختار الإجابة التي تنطبق عليك .
- لا تترك سؤالاً دون إجابة عليه .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة - فقط - طالما عبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي يحمله السؤال ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التي يتم الحصول عليها من استجابتك تحاط بالسرية لتامة ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

وشكراً على تعاونك

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

م	نعبارة	تطبيق تماماً	تطبيق	بين	لا تطبيق	لا تطبيق أبداً
١	هل تعاني من توقف التنفس أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢	هل يغلبك النعاس أثناء القراءة ، أو أثناء مشاهدة التلفزيون أو عند الاشتراك في أنشطة أخرى ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٣	هل تقويم النعاس أثناء العمل أو أثناء قيادتك للسيارة أو أى مركبة أخرى ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٤	هل تسيقظ في الصباح وأنت تعاني من الصداع ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٥	هل تعاني من الشخير أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٦	هل تعاني من الكوابيس الليلية ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٧	هل تد تيقظ مبكراً في الصباح رغماً عنك ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٨	هل تشد مر بالإرهاق وعدم الانتعاش عند الاستيقاظ من النوم في الصباح ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٩	هل تعاني من متاعب الدخول أو البدء في النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٠	هل تجد صعوبة في العودة إلى النوم مرة أخرى بعد الاستيقاظ أثناء الليل ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١١	هل تشد مر بالشقاء والإحباط فيما يتعلق بنومك	.....	.....	.....	.....	.....

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

م	العبارة	تنطبق تماماً	تنطبق	بين بين	لا تنطبق	لا تنطبق أبداً
١٢	هل تؤثر مشاكل النوم على حياتك العملية وتسبب لك الضيق ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٣	هل يشكو شريكك في الفراش من شخيرك العالى ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٤	هل أخبرك المحيطون بك بأنه تحدث حركات مفاجئة أو هزات لساقيك أثناء النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٥	هل تأخذ غفوة من النوم أثناء النهار ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٦	هل تشعر بالمشقة ببطء يزحف لساقيك عند الدخول فى النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٧	هل تجد صعوبة فى الاسترخاء ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٨	هل تتسابق الأفكار فى عقلك عندما تأوى إلى الفراش وتمنعك من الدخول فى النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
١٩	هل تستيقظ من النوم ليلاً لشعورك بضيق فى التنفس ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٢٠	هل تظل مستيقظاً فى الفراش لمدة نصف ساعة أو أكثر قبل أن يغلبك النعاس ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....
٢١	هل تشاهد مناظر تشبه الحلم عندما يغلبك النعاس أو عند الاستيقاظ من النوم ؟ .....	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبارة	تنطبق تماماً	تنطبق	بين بين	لا تنطبق	لا تنطبق أبداً
٢٢	هل مررت بفترات أثناء النوم شعرت فيها بأنك مصاب بالشلل ولا تستطيع التحرك ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٣	هل تشعر بعدم القدرة على التركيز أو فقدان التركيز ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٤	هل تستخدم الأقراص المنومة للمساعدة على النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٥	هل تشعر بالتعب والخمول أثناء النهار ؟	.....	.....	.....	.....	.....

ووضع للاستخبار تعليمات بسيطة تتضمن أن يجب المفحوص أو المفحوصة على كل سؤال تبعاً لبدائل خمسة هي :

" تنطبق تماماً " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص تماماً .

" تنطبق " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص بدرجة كبيرة أو أعلى من المتوسط .

" بين بين " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص بدرجة متوسطة .

" لا تنطبق " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص بدرجة قليلة أو أقل من المتوسط .

" لا تنطبق أبداً " إذا كان مضمون السؤال لا ينطبق على المفحوص كلية .

وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالاتي :

تنطبق تماماً ( ٤ ) ، تنطبق ( ٣ ) ، بين بين ( ٢ ) ، لا تنطبق

( ١ ) ، لا تطبق أبداً ( صفر ) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى الحصول على الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على الاستخبار ، والدرجة المرتفعة تشير إلى أن المفحوص يعانى من اضطرابات النوم ، والدرجة المنخفضة التى تساوى ٢٥ فأقل تشير إلى أن المفحوص لا يعانى من أية اضطرابات فى النوم .

### استبيان تاريخ النوم :

#### إعداد : د. نطفى الشربيني

يتكون هذا الاستبيان من ثلاث مجموعات من الأسئلة ، المجموعتان الأولى والثانية يجيب عليهما المفحوص أو الفرد الذى يعانى من اضطرابات النوم ، أما المجموعة الثالثة يجيب عليها الأفراد الذين يرافقون أو يحيطون بالفرد الذى يعانى من اضطرابات النوم ، والإجابة على الأسئلة المكونة للاستبيان تعطى معلومات عن الشخص فى حالة النوم ويمكن من خلال هذه المعلومات تشخيص بعض الحالات المرضية المرتبطة باضطراب النوم ، ولذلك أهمية خاصة فى الفحص النفسى لكثير من الحالات التى تكون الشكوى من مشكلات النوم من أعراضها الرئيسية ، كما يمكن من خلال إجابة هذه الأسئلة التوصل إلى تحديد طبيعة وحجم مشكلة النوم وتأثيرها على الشخص الذى يعانى منها ، وبعد ذلك يتم وضع خطوات العلاج .

المجموعة الأولى :

- | لا   | نعم  | العبارة   |
|------|------|---|
| .... | .... | ١ - هل تشعر بالميل للنوم خلال ساعات اليوم ؟                 |
| .... | .... | ٢ - هل تأخذ غفوة من النوم أثناء النهار ؟                    |
| .... | .... | ٣ - هل تواجه صعوبة في التركيز خلال النهار ؟                 |
| .... | .... | ٤ - هل تجد صعوبة في الدخول في النوم حين تدخل إلى الفراش ؟   |
| .... | .... | ٥ - هل تصحو من النوم عدة مرات خلال الليل ؟                  |
| .... | .... | ٦ - هل تستيقظ من نومك مبكراً في الصباح ؟                    |
| .... | .... | ٧ - هل تصحو من النوم عادة بسبب الألم أو لدخول دورة المياه ؟ |
| .... | .... | ٨ - هل تتطلب وظيفتك العمل في ورديات ليلية أو السفر ؟        |
| .... | .... | ٩ - هل تعتاد على تناول القهوة والشاي وغيرها من المشروبات ؟  |
| .... | .... | ١٠ - هل تعاني من مشكلة الشخير أثناء النوم ؟                 |

المجموعة الثانية : مطلوب الإجابة على الأسئلة التالية :

- س١: متى وكيف بدأ لديك اضطراب النوم ؟ .
- س٢: ما الهموم التي تؤثر عليك حالياً ، وما المشكلات التي صادفتك قبل ذلك ؟ .
- س٣: كيف تصف نومك على مدار ليلة كاملة ؟ ( عدد الساعات ، وطبيعة النوم ) .
- س٤: هل تعاني من حالة مرضية أو مشكلة صحية في الوقت الحالي ؟ .
- س٥: ما الأدوية التي استخدمتها حالياً وفي السابق ؟ ( نوعها وجرعاتها ومدتها ) .



المجموعة الثالثة : أسئلة يتم توجيهها إلى مرافق المريض خصوصاً إذا كان يشترك معه فى مكان النوم وهى :

س١: هل تلاحظ أن هذا الشخص يتوقف تنفسه أثناء النوم ؟ .

س٢: هل يحدث عنه صوت شخير ؟ .

س٣: هل يتحرك أو ينتفض بشدة أثناء النوم ؟ .

س٤: هل صادفك اضطراب فى نومك ؟ وما هو ؟ .

### مفكرة النوم :

تعتبر مفكرة النوم مكوناً مهماً جداً فى تقييم الأرق ، وهى عبارة عن استبيان أو سجل نهارى / ليلى لعادات النوم يستكملة المريض كل صباح لكى يصف فيه نومه فى الليلة السابقة ويرى كارلسون وكردوفا Carlson & Cordova ( ١٩٩٩ ، ٤٢١ ) أن مفكرات النوم وسيلة فعالة لتوثيق مجرى أو سير الأحداث فى دورة النوم واليقظة كما أنها توفر خط قاعدى ثابت وراسخ يقوم عليه تقدير فاعلية التدخلات العلاجية ، والمتغيرات التى تشملها هذه المفكرة تتمثل فى : عدد الغفوات التى مر بها الفرد فى اليوم السابق . ومدة كل منها ، والوقت الذى حدثت فيه ، ووقت دخول الفراش للنوم . وفترة الكمون أثناء النوم ، وعدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل ، وزمن كل مرة ، ووقت الاستيقاظ فى الصباح ، وعدد ساعات النوم ، وهذه المفكرة تساعد الفرد على فهم الكثير من الأمور المتعلقة بنومه ومن ثم التغلب على الأرق الذى يعانى منه ، وتساعد البيانات المستمدة من هذه المفكرة على تقليل التششت أو التحريف فى المعلومات التى دونها الفرد الذى يعانى من الأرق فى مفكرته ، كما أنها وسيلة لتقدير ما إذا كانت التدخلات العلاجية لها تأثير أم لا ، وبدون هذه المفكرة ربما تهبط عزيمة الفرد عند حدوث ليلة واحدة بلا

نوم ، كما أن الاحتفاظ بمفكرات النوم يساعد المرضى على أن يركزوا على ما إذا كانت المشكلة المتعلقة بالنوم تتكرر أم لا .

كما يستخدم مقياس ستانفورد للنوم The Stanford Sleepiness Scale في قياس مستوى النوم ، وهذا المقياس حساس لتأثيرات الحرمان من النوم ويتم تطبيقه في أوقات مختلفة من اليوم وذلك لتوفير معلومات كمية بخصوص حدة و شدة الاضطراب الذي يمر به الطفل ، والمقياس ذو تدرج من سبع درجات من منتبه أو متيقظ إلى نائم بدرجة زائدة عن الحد أو مفلسة ( هيرسكوفيتش وبروتون Herscovitch & Broughton ، ١٩٨١ ، ٨٣ .

ويمكن تقدير مستويات الاضطراب السلوكي لدى الأطفال والمراهقين كذلك المنغصات أو التوترات البيئية باستخدام مقاييس تقدير موضوعية متعددة ، وذلك لزيادة البيانات التي يتم الحصول عليها في المقابلة الكلينيكية ، وهذه المقاييس تتضمن قائمة اكتاب الأطفال The Children's Depression Inventory( CDI ) وهي من إعداد كوفاكس Kovacs ، وقائمة قلق حالة والسمة للأطفال Children's State - Trait Anxiety Inventory وهي من إعداد اسيلبرجر وآخرون Spielberger et al. ، ومقياس كودبغتون للأحداث الحياتية Coddington Life Events Scale ومقياس ميسوتا المتعدد الأوجه للشخصية - صيغة المراهقين Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescents- Form ( بوتشير وآخرون Butcher et al. ، ١٩٩٢ ، ٩ - ٣٢ ) .

كما أن صاعب النوم عند الأطفال يمكن أن تسبب التوتر أو الخلاف العائلي بالإضافة إلى أنها تتطور في حالة وجود هذه المنغصات أو التوترات

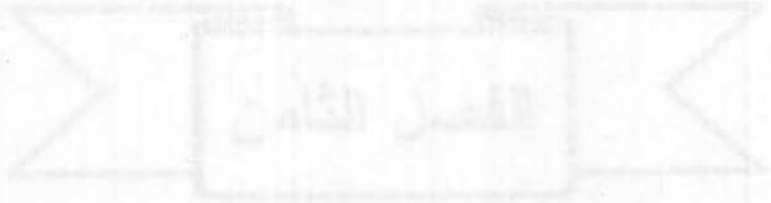
أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

وهناك مشكلات أخرى يجب تقديرها مثل المشكلات المتعلقة بالسنوك والنشاط الزائد عن الحد ، وعدم القدرة على الانتباه والتركيز ، والسلبية ، والصعوبات المتعلقة بعملية التعلم ، والشكاوى أو الاضطرابات الجسمية النفسية ، والقلق ، والاكتئاب ، والسلوك العدوانى ، وتفيد قائمة مراجعة سلوك الطفل Child Behavior Checklist فى تقدير هذه الجوانب ( أشينباك وإديلبروك Achenback & Edelbrock ، ١٩٧٩ ، ٤٩ - ٥٣ ) .

كما أن تقييم النوم أثناء الليل يفيد فى تقديم معلومات هامة تسهم فى تقدير وتشخيص وعلاج اضطرابات النوم ، كما أن التحويل أو الإحالة إلى مراكز علاج اضطرابات النوم يكون ضرورياً فى حالات الشك فى وجود نوبات النوم المفاجئة أو التوقف عن التنفس أثناء النوم ( الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٢ ، ٢٧٠ ) ، ويتم عادة استخدام جهاز وصف أو تخطيط النوم الليلي Nocturnal Polysomnography لمدة ليلتين على الأقل فى تشخيص ووصف النوم الليلي ، وربما تشتمل المقاييس أيضاً على جهاز رسم المخ الكهربى ( EEG ) ، وجهاز تسجيل قوى شد العضلات ( EMG ) ، وجهاز رصد حركة العينين ( EOG ) ، ومستويات التنفس ، والأكسجين الشريانى ، وثنانى أكسيد الكربون ، وتدفق الهواء الأنفى وحركات البطن ، والطلق ، والصدر ، ونشاط عضلات الأطراف ، وعلاوة على ذلك فإن الاختبارات المتعددة للنوم أثناء النهار مثل الاختبار المتعدد لكمون النوم Multiple Sleep Latency Test ( MSLT ) ، واختبار استمرار حالة اليقظة Maintenance of Wakefulness Test ( MWT ) تزودنا بمعلومات بشأن

أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم

حدة أو شدة النوم خلال النهار ، وهذه الاختبارات تفيد في التشخيص الفارقى ولاسيما عندما يكون هناك شك فى وجود نوبات النوم المفاجئة أو الاضطرابات متعلقة بتوقف عملية التنفس أثناء النوم كما أنها تفيد أيضاً فى تقييم كفاءة أو عاالية العلاج .



لصالح توم عبد صالح سليم

## الفصل الثامن

## الفصل الثامن

### نصائح لنوم صحي سليم



## نصائح لنوم صحى سليم

### مقدمة :

النوم كما هو معروف ضرورى للجسم فهو يعيد للجسم توازنه الصحى والنفسى المفقود ، ويحقق له الاستقرار ، فالشخص الذى ينام ساعات كافية ليلاً يستيقظ والحيوية تشع من عينيه صباحاً ، أما الشخص الذى لا ينام ساعات كافية فإنه يستيقظ متكاسلاً وليس لديه الرغبة فى مغادرة الفراش ؛ ولهذا يؤكد خبراء الصحة العامة على ضرورة النوم ليلاً لساعات كافية تتراوح ما بين ست إلى ثمان ساعات من أجل المحافظة على صحة وسلامة الجسم وأداء وظائفه الحيوية بشكل جيد .

وهناك اعتقادات خاطئة حول النوم فمن المعروف أن الشخص العادى يحتاج من أربع إلى تسع ساعات للنوم كل أربع وعشرين ساعة ، وفى كل الأحوال فإن عدد ساعات النوم التى يحتاجها الإنسان تختلف من شخص إلى آخر ، فالكثيرون يعتقدون بأنهم يحتاجون إلى ثمان ساعات نوم يومياً ، وأنه كلما زادوا من عدد ساعات النوم كلما كان ذلك صحياً أكثر ، وهذا اعتقاد خاطئ فعلى سبيل المثال إذا كان الفرد ينام لمدة خمس ساعات فقط ليلاً ويشعر بالنشاط والحيوية فى اليوم التالى فإنه لا يعانى من مشاكل فى النوم ، والبعض الآخر يرجع قصور الأداء وال فشل فى بعض الأمور الحياتية إلى قلة النوم مما يؤدى إلى الإفراط فى التركيز على النوم ، وهذا التركيز يمنع صاحبه من الحصول على نوم مريح ليلاً ويدخله فى دائرة مغلقة ؛ لذلك يجب التمييز بين قصور الأداء الناتج عن نقص النوم ، وقصور الأداء الناتج عن أمور أخرى كزيادة الضغوط فى العمل وعدم القدرة على التفاعل مع زيادة التوتر وغيره .

ولتجنب المشاكل المتعلقة باضطرابات النوم والوقاية منها ينصح باتباع

## نصائح لنوم صحى سليم

الإرشادات التالية :

- ١- عدم تناول المنبهات والمشروبات التى تحتوى على الكافيين كالشاي والقهوة والكولا ليلاً ، ويمكن الاستعاضة عنها بتناول الحليب ، وشاي الأعشاب ، واليانسون ، والبابونج ، والنعناع الأخضر فهذه المشروبات تساعد على الاسترخاء ، كما أن تعاطى الخمر ربما يزيد النوم فى بداية الليل ، ولكنه يزيد من فترات الاستيقاظ فى النصف الثانى من الليل .
- ٢- يفضل تناول وجبة العشاء قبل موعد النوم بساعتين إلى ثلاث ساعات على الأقل ، وينصح بعدم تناول الأطعمة الثقيلة والدسمة والاستعاضة عنها بالأطعمة سهلة الهضم والخفيفة ، فالثابت علمياً أن تناول الوجبات الثقيلة فى أى وقت من النهار يؤثر سلبياً على جودة النوم .
- ٣- يساعد الاسترخاء فى حوض الاستحمام الدافئ الذى يحتوى على بعض الزيوت العطرية مثل اللافندر على الاسترخاء والنوم المريح لأنه يساعد على إزالة التوتر واسترخاء العضلات .
- ٤- من المهم جداً أن تكون غرفة النوم مريحة بعيدة عن مصادر الضوء الشديد والضجيج ، ويجب أن تكون إضاءتها خافتة ودرجة حرارتها مقبولة ، لأنه من المعروف أن درجة الحرارة المنخفضة أو المرتفعة تؤثر سلبياً على نوعية النوم ؛ لذلك يجب تعديل درجة حرارة غرفة النوم لكي تكون مناسبة .
- ٥- يمكن سماع الموسيقى الهادئة قبل النوم فالموسيقى تساعد على الاسترخاء المطلوب للخلود إلى النوم .
- ٦- تجنب إجبار نفسك على النوم ، فالنوم لا يأتى بالقوة ، فإذا شعرت بعدم



## نصائح لنوم صحى سليم

القدرة على النوم انهض واذهب إلى غرفة أخرى ولا تعود لغرفة النوم مرة ثانية إلا عندما يداعبك النوم ، والهدف من هذه العملية هو الربط بين السرير والنوم ، ومما يجب التأكيد عليه أن محاولة إجبار النفس على النوم يؤدي إلى الانزعاج والضيق وتقطع النوم أو الأرق .

٧- اختصار الوقت فى السرير يحسن النوم بينما الإفراط فى الوقت فى السرير ينتج عنه نوم متقطع .

٨- الدراسات العلمية أثبتت أن الرياضيين ينامون بشكل أفضل من الذين لا يمارسون الرياضة فالتمارين العادية تشجع على النوم ، ووقت ممارسة الرياضة ذو أهمية قصوى بالنسبة للنوم فبداية الدخول فى النوم يصاحبها انخفاض فى درجة حرارة الجسم بينما الرياضة تزيد من درجة حرارة الجسم ؛ لذلك يفضل أن تكون التمارين الرياضية قبل وقت النوم بثلاث إلى أربع ساعات على الأقل .

٩- الخلود إلى النوم يتطلب الصفاء الذهنى والاسترخاء الجسدى ؛ لذلك يفضل قبل النوم عدم التفكير وشغل الذهن بمشاكل العمل وهموم المنزل .

١٠ - عند الاستيقاظ ليلاً من المهم جداً البقاء فى الفراش فى حالة استرخاء بدلاً من التقلب فى الفراش طلباً للنوم الذى قد يبدو حينها مستحيلاً .

١١ - اجعل لنفسك موعداً ثابتاً تأوى فيه إلى فراشك فموعد النوم الثابت أمر مهم بالنسبة للنوم الهادئ .

١٢ - إذا وجدت نفسك غير قادر على النوم انهض من فراشك ، وابتح عن شئ تفعله كقراءة كتاب أو سماع موسيقى أو مشاهدة التلفزيون أو أى

## نصائح لنوم صحى سليم

شئ آخر إلى أن تشعر بالتعب .

١٣ - تجنب النوم أثناء النهار إذا كان نومك مضطرباً حتى يمكن النوم لفترة متواصلة أثناء الليل .

١٤ - لا ينصح باستخدام أى دواء يساعد على النوم إلا بعد استشارة الطبيب ، ومما يجب الإشارة إليه أن غياب الشمس يستنزف طاقة الإنسان ويجعله يشعر بالكآبة ، ويجد البعض أنفسهم مقبلين على النوم لفترات تمتد بطول اليوم ، ويفسر العلماء هذه الظاهرة بأن غياب ضوء الشمس يؤدي إلى زيادة إفراز هرمون الميلاتونين ، ففي الظروف الطبيعية يفرز الجسم كميات كبيرة من هذا الهرمون أثناء الليل أى بعد حلول الظلام وعندما تمتد الظلمة إلى النهار أيضاً تظل مستويات هذا الهرمون فى الجسم مرتفعة طيلة اليوم ، وارتفاع نسبة الهرمون فى الدم تجعل الإنسان يشعر بالكآبة والحالة المزاجية السيئة .

١٥ - من المفيد التعرض المنتظم لضوء الشمس فى فترة العصر ، لأن التعرض لضوء الشمس فى هذه الفترة يحفز من انطلاق الميلاتونين الذى يساعد على تنظيم الإيقاع الزمنى للساعة البيولوجية .

١٦ - قم بعمل أو أداء تمارينات منتظمة ، وحاول ألا تقوم بعمل هذه التدريبات فى وقت قريب من وقت النوم حتى لا تتبهك أو تحفزك وتجعلك غير قادر على النوم ، ويفضل أداء التدريبات قبل وقت النوم بمدة لا تقل عن ثلاث ساعات .

١٧ - حاول أن تذهب إلى الفراش للنوم فى نفس الميعاد كل ليلة وأن تستيقظ

## نصائح لنوم صحى سليم

فى نفس الوقت كل صباح ، ولا تحاول أن تتام فى فترة القيلولة وذلك لأن نوم القيلولة يجعلك أقل ميلاً للنوم أثناء الليل .

١٨ - اتبع روتيناً يساعدك على الاسترخاء والتخلص من توتر الأعصاب قبل النوم مثل قراءة كتاب أو الاستماع إلى الموسيقى أو أخذ حمام دافئ .

١٩ - تجنب استخدام فراشك فى عمل أى شئ آخر بخلاف النوم أو الجنس .

٢٠ - إذا لم تستطع أن تتام انهض من فراشك وافعل شيئاً لا يكون منبهاً أو مثيراً بدرجة كبيرة إلى أن تشعر بالنعاس .

٢١ - اتفق عدد كبير من العلماء على أن تناول محلول العسل الأبيض الدافئ يهيئ الفرد للنوم الهادئ المريح ، وقد قال رسول الله " صلى الله عليه وسلم " عليكم بالشفاء بين : العسل والقرآن .

٢٢ - تناول مشروباً من اللبن الدافئ قبل الذهاب إلى الفراش يساعد على النوم الجيد ؛ لأن اللبن يحتوى على بعض الأحماض الأمينية التى تساعد على إفراز هرمون الميلاتونين ، وهرمون السيروتونين وهما من المواد الكيميائية التى تفرز بالمخ وتزيد من النوم وتحسن فاعليته .

٢٣ - تغيير مكان النوم سبب شائع للأرق حتى لو كان المكان البديل الجديد فندقاً ذا خمسة نجوم ، وذلك لأن الاعتياد على نفس مكان النوم بمحتوياته ونظامه المألوف للفرد يعد أحد طقوس النوم ، والأرق الناتج عن تغيير مكان النوم لا يدوم عادة إلا ليلة واحدة أو ربما أكثر قليلاً ، ويمكن التغلب على ذلك بأداء نفس الطقوس

## نصائح لنوم صحى سليم

التي اعتدت على أدائها بمكان نومك الأصلي ، ولكن قد يحدث أحيانا أن تشعر في ذلك المكان الجديد بمزيد من الارتياح والنوم وإذا حدث لك ذلك ابحث عن الأسباب فقد يكون من ضمنها جودة المرتبة أو الوسائد أو هدوء المكان أو البعد عن مشكلات المنزل ، وحاول جاهداً أن توفر هذه الأسباب التي دعتك للنوم المريح بمكان نومك الأصلي .

٢٤ - هناك بعض الوصايا المستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة منها : الوضوء قبل النوم ، والنوم على الجانب الأيمن ، وقراءة بعض آيات القرآن الكريم ، والأدعية ، وفي ذكر الله ما يغنى عن هذا وذاك ، والمسلم يعلم قول رسول الله صلى الله عليه وسلم : " ينزل الله إلى السماء الدنيا كل ليلة حين يمضى ثلث الليل الأول فيقول : أنا الملك ، أنا الملك من ذا الذى يدعونى فاستجيب له ؟ من ذا الذى يسألنى فأعطيه ؟ من ذا الذى يستغفرنى فأغفر له ؟ فلا يزال كذلك حتى يضىء الفجر " رواه مسلم ، وروى ابن السنى عن محمد بن يحيى : أن خالد بن الوليد " رضى الله عنه " أصابه الأرق ، فشكا ذلك إلى النبى " صلى الله عليه وسلم " فأمره أن يتعوذ عند منامه بكلمات الله التامات من غضبه ، ومن شر عباده ، ومن همزات الشياطين وأن يحضرون .

وروى الترمزى عن بريدة " رضى الله عنه " قال : شكا خالد بن الوليد " رضى الله عنه " إلى النبى " صلى الله عليه وسلم " فقال : يا رسول الله ما أنام الليل من الأرق ، فقال النبى " صلى الله عليه

## نصائح لنوم صحى سليم

وسلم " : إذا أويت إلى فراشك فقل : اللهم رب السموات السبع وما أظلت ، ورب الأرضين وما أقلت ، ورب الشياطين وما أضلت ، كن لى جاراً من شر خلقك كلهم جميعاً أن يفرط على أحد منهم أو أن يبقى على ، عز جارك وجل ثناؤك ولا إله غيرك ولا إله إلا أنت .

لهذا كله ينصح بالالتزام بالإرشادات السابقة من أجل التمتع بالنوم الكافى والهادئ والمريح الذى يعد ضرورياً لصحة الجسم وسلامته .

## ثبت المصطلحات

ثبت المصطلحات

ثبت المصطلحات

( A )

Alertness	التيقظ
Amnesia	فقدان الذاكرة
Adjustment Sleep Disorder	اضطراب النوم التكيفي
Altitude Insomnia	أرق المرتفعات
Arousal Disorder	اضطراب اليقظة
Acute Insomnia	الأرق الحاد

( B )

Breathing - Related Sleep Disorder	اضطراب النوم المرتبط بالتنفس
Biologic Clock or Circadian Rhythm	الساعة البيولوجية
Brain Wave	موجات المخ

( C )

Cataplexy	الانهيار العضلي ( الضعف المفاجئ في العضلات ) أو فقدان المفاجئ للقوى العضلية
Circadian Rhythm Sleep Disorder	اضطراب مواعيد النوم واليقظة / اضطراب إيقاع النوم واليقظة / اضطراب إيقاع دورية النوم
Circadian Rhythm	الساعة البيولوجية
Chronic Insomnia	الأرق المزمن
Diam	بادئة تعنى اليوم

ثبت المصطلحات

Circa

بإدئة تعنى تقريباً

( D )

Delirium

الهديان أو التخريف

Dyssomnias Disorders

اضطرابات النوم الأولية ( عسر النوم )

Dyssomnia

عسر النوم

Distress

الكرب / المشقة

Drug dependence

العقاقير النفسية

Drowsiness

الدوخة

Daytime Naps

فترات نوم القيلولة

( E )

Electromyogram (EMG)

جهاز تسجيل الجهد الكهربى للعضلة

Electromyograph (EMG)

جهاز قوة شد العضلات

Electroencephalograph (EEG)

جهاز رسم المخ الكهربى

Electrocardiograph (ECG)

جهاز تسجيل الرسم الكهربى للقلب

Electrocardiogram

الصورة البيانية الكهربائية لعمل القلب

Electrooculograph (EOG)

جهاز رصد حركة العينين

Excessive Daytime Sleepiness

النوم الزائد عن الحد أثناء النهار

Erethism

التوتر العصبى

( H )

Hypnosis

التنويم الإيحائى ( المغناطيسى )

Hypnolepsy

نوم مضطرب ( مرضى )

Hypnosia

نعاس لا يقاوم

Hypnophobia

خواف النوم

Hypnogenic

منوم / يحدث النوم



ثبت المصطلحات

( N )

Narcolepsy	نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم )
Non Rapid Eye Movements ( NREM )	نوم انعدام حركة العين السريعة
Nightmares	الكوابيس الليلية
Nocturnal Panic	الذعر أو الفزع الليلي
Nightmare Disorder	اضطراب الكابوس الليلي
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
Nocturnal Polysomnography	مخطط النوم الليلي ( جهاز وصف وتخطيط النوم الليلي )
Naps Sleep	غفوات النوم ( أو نوم القيلولة )
Noctambulist	جوال أثناء النوم
Nocturnal	ليلي

( O )

Obstructive Sleep Apnea	اختناق النوم ( توقف التنفس أثناء النوم )
Orthodox Sleep	النوم الكلاسيكي أو النوم السوي أو النوم المتزامن أو نوم قشرة لحاء المخ ، وهذا النوم لا تصاحبه حركة العين السريعة

( P )

Parasomnias	اضطراب إيقاع النوم ( مُخلات النوم )
Progressive Relaxation	الاسترخاء التدريجي
Placebo	الدواء الوهمي
Paradoxical Sleep	النوم النقيضي أو النوم السريع أو النوم الحالم أو غير المتزامن أو نوم جذع المخ وهذا النوم تصاحبه حركة العين السريعة و تحدث أثناءه الأحلام

ثبت المصطلحات

Polysomnography

Periodic Limb Movement Disorder

جهاز وصف أو تخطيط النوم

اضطراب الحركة الدورية للأطراف

( R )

Restless Sleep

Rhythmic Movement Disorder

Relaxation Therapy

Reconditioning

النوم القلق

اضطراب الحركة الإيقاعية أثناء النوم

العلاج بالاسترخاء

تعزيز الاستجابة الشرطية ( إعادة

الاشتراط لتعزيره وتقويته )

نوم حركات العين السريعة

Rapid Eye Movements  
( REM )

Restless Legs Syndrome

Rebound Insomnia

REM Sleep Behavioral Disorder

زملة الأرجل القلقة

الأرق المرتد

الاضطراب السلوكي المتعلق بمرحلة

النوم ذو حركة العين السريعة

( S )

Sleep Walking Disorder

Somnambulism

Sleep Latency

Sleep Disturbances

Sleep Talking

Sleep Terror Disorder

Short Sleepers

Sleep Deprivation

اضطراب المشي أثناء النوم

التجوال الليلي أو المشي أثناء النوم

فترة الدخول في النوم ( كمون النوم )

صعوبات أو اضطرابات النوم

الكلام أثناء النوم

اضطراب فزع النوم

نوم الفترات القصيرة

الحرمان من النوم

ثبت المصطلحات

Sleep Terror	الفرع الليلي
Slow Wave Sleep ( SWS )	نوم الموجات البطيئة
Sleep Wake Schedule	نظام النوم / اليقظة
Sleep Paralysis	شلل النوم
Sleep Drunkenness	سكره (دوار) النوم أو ثمالة النوم
Snoring	الشخير
Sleep Apnea	توقف التنفس أثناء النوم
Sleep Hygiene	النوم الصحيح
Shift Work Sleep Disorder	اضطراب النوم الناتج عن تغيير مواعيد العمل
Sleep Restriction	تحديد النوم
Stimulus Control Therapy	العلاج بالتحكم في المنبه أو المثير
Sleep Restriction Therapy	العلاج عن طريق تحديد النوم
Sleep Efficiency	كفاءة (فاعلية) النوم
Sleep - Wake Transition Disorder	الاضطراب المتعلق بالانتقال من مرحلة النوم إلى اليقظة والعكس
Sleep Bruxism	الجز على الأسنان أثناء النوم
Sleep Sickness	مرض النوم
Sleep Related Asthma	نوبات الربو المرتبط بالنوم
Sleep Related Laryngospasm	تقلص الحنجرة المرتبط بالنوم
Somnolence	كثرة النوم
Startling	قفزات النوم
Serotonin	السيروتونين

## ثبت المصطلحات

والسيروتونين أحد الناقلات العصبية من مجموعة الأمينات الأحادية  
Monoamines ويتم تخليق هذه المادة في جسم الإنسان من الحامض الأميني  
" تريبتوفان " Tryptophan الموجود في الطعام .

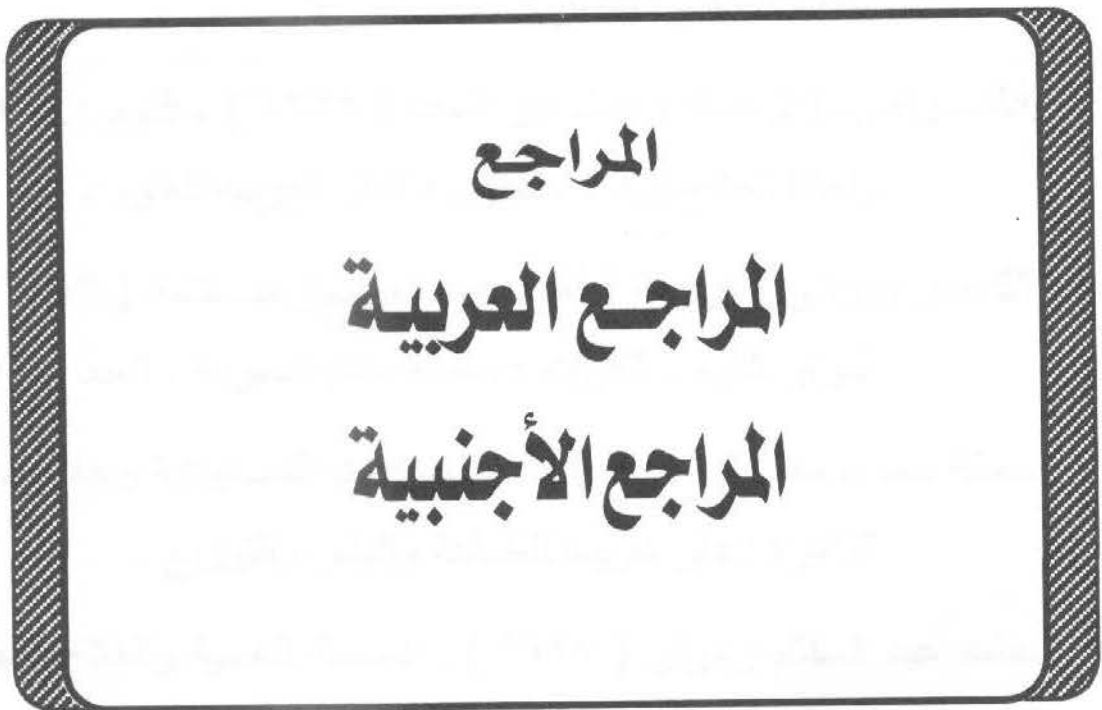
## ( T )

Time Zone Change Syndrome اضطراب النوم الناتج عن فروق  
(Jet leg ) التوقيت بين المناطق المختلفة  
Transient and Short - Term الأرق قصير الأجل والعابر أو العارض  
Insomnia

## ( W )

Wakefulness

السهر



## المراجع

### المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١- أحمد عكاشة ( ١٩٩٨ ) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢- أحمد عكاشة ( ٢٠٠٠ ) . علم النفس الفسيولوجى ( ط ٩ ) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٣- أدلف رامس ( ترجمة ) عماد أبو السعد ( ١٩٨٩ ) . النوم : ما هو ولماذا نحتاج إليه ؟ . عمان : الدار العربية للعلوم .
- ٤- الكسندر بوربلى ( ترجمة ) أحمد عبد العزيز سلامة ( ١٩٩٢ ) . أسرار النوم . الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد ١٦٣ .
- ٥- جمعة سيد يوسف ( ٢٠٠٠ ) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٦- حامد عبد السلام زهران ( ١٩٩٧ ) . الصحة النفسية والعلاج النفسى ( ط ٣ ) . القاهرة : عالم الكتب .
- ٧- حسان شمسى باشا ( ١٩٩٣ ) . النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن . جدة : دار المنارة للنشر والتوزيع .
- ٨- حسن مصطفى عبد المعطى ( ٢٠٠١ ) . الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة " الأسباب - التشخيص - العلاج " . القاهرة : دار القاهرة .
- ٩- سامى عبد القوى ( ١٩٩٥ ) . علم النفس الفسيولوجى ( ط ٢ ) .

المراجع

- القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- فوت فرج ( ٢٠٠٠ ) . مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين .  
القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- الستار إبراهيم ( ١٩٩٤ ) . العلاج النفسى السلوكى المعرفى  
الحديث " أساليبه وميادين تطبيقه " . القاهرة : دار الفجر  
للنشر والتوزيع .
- المطلب أمين القريطى ( ١٩٩٨ ) . فى الصحة النفسية .  
القاهرة : دار الفكر العربى .
- سيد إسماعيل ( د . ت ) . سيكولوجيا النوم والأحلام .  
الكويت : وكالة المطبوعات .
- كمال ( ١٩٨٩ ) . أبواب العقل الموصدة : باب النوم وباب  
الأحلام . بيروت : دار الجيل .
- الشربيني ( ٢٠٠٠ ) . اضطرابات النوم : كيف تحدث وما هو  
العلاج ؟ . كتاب الشعب الطبى ، العدد ٢٣ ، القاهرة :  
مؤسسة دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر .
- عودة محمد ، كمال إبراهيم مرسى ( ١٩٨٦ ) . الصحة  
النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام . الكويت : دار القلم .
- عبد الرحمن حمودة ( ١٩٩٨ ) . النفس أسرارها وأمراضها  
( ط ٣ ) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- محمد قناوى ( ١٩٨٣ ) . الطفل تنشئته وحاجاته . القاهرة :

المراجع

مكتبة الأنجلو المصرية .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- 19-Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S . (1979). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile* . Burlington : Department of Psychiatry, University of Vermont .
- 20-Adair, R. ; Bauchner, H. ; Philipp, B. ; Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Night walking during infancy: Role of parent presence at bedtime. *Pediatrics, Vol. 87, PP. 500- 504* .
- 21-Alloy, L. B. ; Acocella, J., & Bootzin, R. R. (1996). *Abnormal psychology : Current perspective ( 7<sup>th</sup> ed. )* . New York : McGraw-Hill, Inc.
- 22-American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders ( 4<sup>th</sup> ed. )* . Washington, DC : Author.
- 23-American Sleep Disorders Association (1990) . *The international classification of sleep disorders : Diagnostic and coding manual*. Rochester, MN : Author .
- 24-American Sleep Disorders Association (1992). The clinical use of the multiple sleep latency test . *Sleep, Vol. 15( 3 ), PP. 268-276*.
- 25-Anch, A. M. ; Browman, C. P. ; Mitler, M. M., & Walsh, J. K. (1988). *Sleep : A scientific perspective*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall .
- 26-Attele, A .S . ; Xie , J .T., & Yuan , C – S .( 2002) .Treatment of insomnia : An alternative approach . *Medicine*



*Review ,Vol .5( 3 ), PP. 249 - 259 .*

- 27-Barlow, D. H., & Durand, V. M. (1999). *psychology : An integrative approach*. New York : Brooks / Cole Publishing Co
- 28-Benoit, D. ; Zeanah, C. H. ; Boucher, C., & Min (1992). Sleep disorders in early ch Association with insecure maternal a *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry, Vol. 31( 1 ), PP. &*
- 29-Boivin, D. B. ; Czeisler, D. A. ; Dijk, D-J. ; Dr Folkard, S. ; Minors, D. S. ; Totterc Waterhouse, J. M. (1997) . Complex int the sleep-wake cycle and circadi modulates mood in healthy subjects . *A General Psychiatry, Vol. 54, PP. 145-15.*
- 30-Bootzin, R. R., & Perlils, M. L. (1992). Nonphar treatments of insomnia . *Journal of Psychiatry, Vol. 53, PP. 37 - 41 .*
- 31-Bootzin, R. R. ; Manber, R. ; Perlis, M. L. ; Sal Wyatt, J. K. (1993). Sleep disorders. Sutker & H. E. Adams ( Eds. ). *Com handbook of psychopathology ( 2<sup>nd</sup> ed. 561)*. New York : Plenum Press .
- 32-Bootzin , R. R., & Rider , S . P .(1997).Behavioral and biofeedback for insomnia . In .D . M C. G. Fairburn ( Eds.) , *Science and cognitive behaviour therapy ( pp. 315* New York : Oxford University Press .
- 33-Borkovec, T. D. ; Grayson , J .B. ;O' Brien Weerts , T .C .(1979) . Relaxation tr

- pseudoinsomnia and idiopathic insomnia : An electroencephalographic evaluation . *Journal of Applied Behavior Analysis* , Vol. 12, PP. 37 - 54 .
- 34-Bunney, W. E. ; Azarnoff, D. L.; Brown, B. W., et al. (1999). Report of the institute of medicine committee on the efficacy and safety of halcyon . *Archive of General Psychiatry*, Vol. 56, PP. 349 - 352 .
- 35-Butcher, J. N. ; Williams, C. L. ; Graham, J. R. ; Archer, R. P. ; Tellegen, A. ; Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota multiphasic personality inventory- adolescent ( MMPI-A ) : Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- 36-Buysse, D. J. ; Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1993). Classification of sleep disorders : A preview of the DSM-IV. In D. L. Dunner ( Ed.), *Current psychiatric therapy* ( pp. 360-361 ) . Philadelphia: W. B. Saunders.
- 37-Campbell, S. S., & Murphy, P. J. (1998). Extraocular circadian phototransduction in humans . *Science*, Vol. 279, PP. 396 - 399 .
- 38-Carlson, C. R., & Cordova, M. J. (1999). Sleep disorders in childhood and adolescence . In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker ( Eds. ). *Child and adolescent psychological disorders : A comprehensive textbook* ( pp. 415- 438 ) . New York : Oxford University Press .
- 39-Carlson, C. R. ; White, D. K., & Turkat, I. D. (1982). Night terrors : A clinical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 2, PP. 455 - 468.

- pseudoinomnia and idiopathic insomnia : An electroencephalographic evaluation . *Journal of Applied Behavior Analysis* , Vol. 12, PP. 37 - 54 .
- 34-Bunney, W. E. ; Azarnoff, D. L.; Brown, B. W., et al. (1999). Report of the institute of medicine committee on the efficacy and safety of halcyon . *Archive of General Psychiatry*, Vol. 56, PP. 349 - 352 .
- 35-Butcher, J. N. ; Williams, C. L. ; Graham, J. R. ; Archer, R. P.; Tellegen, A. ; Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota multiphasic personality inventory- adolescent ( MMPI-A ) : Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- 36-Buysse, D. J. ; Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1993). Classification of sleep disorders : A preview of the DSM-IV. In D. L. Dunner ( Ed.), *Current psychiatric therapy* ( pp. 360-361 ) . Philadelphia: W. B. Saunders.
- 37-Campbell, S. S., & Murphy, P. J. (1998). Extraocular circadian phototransduction in humans . *Science*, Vol. 279, PP. 396 - 399 .
- 38-Carlson, C. R., & Cordova, M. J. (1999). Sleep disorders in childhood and adolescence . In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker ( Eds. ). *Child and adolescent psychological disorders : A comprehensive textbook* ( pp. 415- 438 ) . New York : Oxford University Press .
- 39-Carlson, C. R. ; White, D. K., & Turkat, I. D. (1982). Night terrors : A clinical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 2, PP. 455 - 468.

- 40-Carskadon , M. A.. ; Vieira , C ., & Acebo , C . (1993) . Association between puberty and delayed phase preference . *Sleep, Vol. 16 , PP. 258 – 262 .*
- 41-Carskadon , M. A., & Dement, W. C. (1987). Sleepiness in the normal adolescent. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children ( pp. 53 - 66 ) .* New York : Ravens Press.
- 42-Chilcott, L. A., & Shapiro, C. M. (1996). The socioeconomic impact of insomnia : An overview. *Pharmacoeconomics, Vol. 10. PP. 1-14 .*
- 43-Clore, E. R., & Hibel, J. (1993). The parasomnias of childhood . *Journal of Pediatric Health Care, Vol. 7, PP. 12-16 .*
- 44-Czeisler, C. A., & Allan, J. S. (1989). Pathologies of the sleep-wake schedule. In R. L. Williams; I. Karacan & C. A. Morr (Eds.), *Sleep disorders : Diagnosis and treatment ( pp. 109 -129 ) .* New York : John Wiley.
- 45-Czeisler, C. A.; Allan, J. S. ; Strogatz, S. H. ; Ronda, J. M. ; Sanchez, R. ; Rios, C. D. ; Freitag, W. O. ; Richardson, G. S., & Kronauer, R. E. (1986). Bright light resets the human circadian pacemaker independent of the timing of the sleep-wake cycle. *Science, Vol. 233, PP. 667 - 671 .*
- 46-Dagan, Y. ; Dela, H. ; Omer, H. ; Hallis, D., & Dar, R. (1996). High prevalence of personality disorders among circadian rhythm sleep disorders patients. *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 41, PP. 357 - 363 .*
- 47-Dahl, R. E. (1992). The pharmacologic treatment of sleep

المراجع

- disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 15 ( 1 ), PP. 161-178 .
- 48-Davison, C. G., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* ( 6<sup>th</sup> ed. ). New York : John Wiley & Sons, Inc.
- 49-Durand, V. M. (1998). *Sleep better : A guide to improving the sleep of children with special needs*. Baltimore: Paul H. Brooks .
- 50-Durand, V. M., & Mindell, J. A. (1990) . Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders. *Behavior Modification*, Vol. 14, PP. 37 - 49.
- 51-Eddy, M., & Walbroehl, G. S. (1999). Insomnia. *American Family Physician*, Vol. 59, PP. 1911 - 1918 .
- 52-Edinger, J. D. ; Hoelscher, T. J. ; Marsh, G. R., & Lipper, S. (1992). A cognitive-behavioral therapy for sleep-maintenance insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, Vol. 7 ( 2 ), PP. 282 - 289 .
- 53-Ellis, E. M. (1991). Watchers in the night: An onthropological look at sleep disorders. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 45 ( 2 ), PP. 211-220.
- 54-Ferber, R. (1985a) . *Solve your child's sleep problems*. New York : Simon and Schuster.
- 55-Ferber, R. (1985b) .Sleep disorders in infants and children. In T.L. Riley (Ed.); *Clinical aspects of sleep and sleep disturbance* ( pp. 113-157 ) . Boston: Butterworth.
- 56-Ferber, R. (1987a). Circadian and schedule disturbances . In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in*

---

المراجع

---

- children ( pp. 165-175 ) . New York: Ravens Press.
- 57-Ferber, R. (1987b). The sleepless child. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* ( pp. 141-161) . New York : Ravens Press .
- 58-Fisher, B. E. ; Pauley, C., & McGuire, K. (1989). Children's sleep behavior scale : Normative data on 870 children in grades 1 - 6. *Perceptual and Motor Skills, Vol. 68, PP. 227 - 236.*
- 59-Friedman , L .; Bliwise , D . L . ; Yesavage , J . A . , & Salom , S . R . (1991) . A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults . *Journal of Gerontology : Psychological Sciences , Vol .46 , PP . 1 - 8 .*
- 60-Ford, D. E., & Kamerow , D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorder : An opportunity for prevention?. *Journal of the American Medical Association, Vol. 262, PP. 1479-1484.*
- 61-Glovinsky , P. B. ,& Spielman , A.J.(1991) .Sleep restriction therapy . In P . Hauri (Ed.) , *Case studies in insomnia* ( pp. 49 - 63 ) . New York : Plenum Press .
- 62-Gillin, J. C. (1993). Clinical sleep-wake disorders in psychiatric practice: Dyssomnias. In D. L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy* ( pp. 373-380 ) . Philadelphia : W. B. Saunders.
- 63-Guilleminault, C. (1989). Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea. In M. H. Kryger ; T. Roth

- & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* ( pp. 552-558 ). Philadelphia : W. B. Saunders.
- 64-Guilleminault, C., & Dement, W. C. (1988). Sleep apnea syndromes and related sleep disorders. In R. L. Williams ; I. Karacan & C. A. Moore (Eds.), *Sleep disorders: Diagnosis and treatment* ( pp. 47-71) . New York : John Wiley .
- 65-Guilleminault, C. (1987a). Disorders of arousal in children: Somnambulism and night terrors. In C. Guilleminault ( Ed.), *Sleep and its disorders in children* ( pp. 243-252 ) . New York : Raven Press.
- 66-Guilleminault, C. (1987b). Narcolepsy and its differential diagnosis. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* ( pp. 181-194 ) . New York : Raven Press.
- 67-Guilleminault, C. (1987c). Obstructive sleep apnea syndrome in children. In C. Guilleminault ( Ed. ), *Sleep and its disorders in children* ( pp. 213-224 ) . New York : Raven Press.
- 68-Harvey, A. G. ; Gregory, A., & Bird, C. (2002). The role of cognitive factors in insomnia : A comparison of Japanese and English university students . *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol. 30, PP. 259 - 270.*
- 69-Harvey, A. G. (2001). I can't sleep, my mind is racing : An investigation of strategies of thought control in insomnia . *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, Vol. 29, PP. 3 - 11 .*
- 70-Harvey, A. G. (2000). Sleep hygiene and sleep onset

---

المراجع

---

- insomnia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, Vol. 188, PP. 53 - 55.
- 71-Hauri, P. J. (1997). Insomnia : Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs?. *Sleep*, Vol 20 (12), PP. 1111-1118 .
- 72-Hauri, P. J., & Wisbey, J. (1992). Wrist actigraphy in insomnia. *Sleep*, Vol. 15, PP. 293 - 301.
- 73-Hauri, P. J. (1991). Sleep hygiene, relaxation therapy, and cognitive interventions. In P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* ( pp. 65 - 84 ). New York: Plenum Medical Books Company.
- 74-Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1984). Relaxation -induced anxiety : Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 22, PP. 1-12.
- 75-Herscovitch, J., & Broughton, R. (1981). Sensitivity of the stanford sleepiness scale to the effects of cumulative partial sleep deprivation and recovery oversleeping. *Sleep*, Vol. 4 ( 1), PP. 83 - 92 .
- 76-Hillman, E. ; Kripke, D. F., & Gillin, J. C. (1990). Sleep restriction, exercise, and bright lights: Alternate therapies for depression. In A. Tasman ; C. Kaufman & S. Goldfinger (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry : Section I: Treatment of refractory affective disorder* ( Vol. 9, pp. 132-144 ) . Washington DC : American Psychiatric Press.
- 77-Honda, Y. ; Asaka, A. ; Tanaka, Y., & Juji, T. (1983). Discrimination of marcoleptic patients by using genetic markers and HLA. *Sleep Research*, Vol. 12,



---

المراجع

---

- P. 254 ( Abstract ).
- 78-Huang , K . C .(1996) . *Acupuncture : The past and the present* . New York : Vantage Press .
- 79-Jacobs , G . D . ; Rosenberg , P . A . ; Friedman , R . ; Matheson , J . ; Peavy , G . M . ; Domar , A . D . , & Benson , H . (1993) . Multifactor behavioral treatment of chronic sleep – onset insomnia using stimulus control and the relaxation response : A preliminary study . *Behavior Modification , Vol . 17 , PP . 498 – 509* .
- 80-Johnson, E. O. ; Roehrs, T. ; Roth, T., & Breslau, N. (1998). Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep, Vol. 21, PP. 178 - 186* .
- 81-Karacan, I., & Howell, J. W. (1988). Narcolepsy. In R. L. Williams ; I. Karacan & C. A. Moore (Eds.), *Sleep disorders : Diagnosis and treatment ( pp. 87-105)* . New York : Wiley .
- 82-Kales, J. D. ; Soldatos, C. R., & Kales, A. (1982). Treatment of sleep disorders, I: Insomnia . *Rational Drug Therapy, Vol. 17 ( 2 ), PP. 1-7* .
- 83-Kales, J. D. ; Kales, A. ; Soldatos, C. R. ; Caldwell, A. B. ; Charney, D. S., & Martin, E. D. (1980a). Night terrors : Clinical characteristics and personality factors. *Archives of General Psychiatry, Vol. 37, PP. 1413-1417* .
- 84-Kales, J. D. ; Soldatos, C. R., & Caldwell, A. B. (1980b). Nightmares : Clinical characteristics and personality patterns . *American Journal of Psychiatry, Vol.137, PP. 1197 - 2001* .

- 85-Kales, A. ; Tan, T. L. ; Kollar, E. J. ; Naitoh, P. ; Preston, T. A., & Malmstrom, E. G. (1979). Sleep patterns following 205 hours of sleep deprivation. *Psychosomatic Medicine, Vol. 32, PP. 189 - 200.*
- 86-Kohen, D. P. ; Mahowald, M. W., & Rosen, G. M. (1992). Sleep-terror disorder in children : The role of self-hypnosis in management . *American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 34 ( 4), PP. 233 - 244.*
- 87-Kupfer, D. J., & Reynolds, C. F. (1997). *Management of insomnia* . New York : Plenum Press.
- 88-Lacks, P., & Morin, C. M. (1992). Recent advances in the assessment and treatment of insomnia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, PP. 586-594.*
- 89-Lee, K. (1992). Pattern of night walking and crying of Korean infants from 3 months to 2 years old and its relation with various factors . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 13, PP. 326 - 330 .*
- 90-Lichstein, K. L., & Riedel, B. W. (1994). Behavioral assessment and treatment of insomnia : A review with an emphasis on clinical application . *Behavior Therapy, Vol. 25, PP. 659 - 688.*
- 91-Lindsay, S. J. E. (1995). Disorders of sleep: Treatment. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Eds.), *The handbook of clinical adult psychology* ( pp. 601- 611). London: Routledge.
- 92-Lindsay, S. J. E., & Jahanshahi, M. (1995). Disorders of sleep: Investigation. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Eds.), *The handbook of clinical adult*

- arrangements : Questions of independence. *Developmental Psychology, Vol. 28, PP. 604 - 613 .*
- 102- Morin, C. M. (1993a). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York : Guilford Press.
- 103- Morin, C. M. (1993b). *Insomnia* . New York : Guilford Press.
- 104- Morin, C. M. ; Mimeault, V., & Gagne , A. (1999). Nonpharmacological treatment of late-life insomnia . *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 46, PP. 103-116 .*
- 105- Morin , C . M . ; Culbert , J . P . , & Schwartz , S . M . (1994) .Nonpharmacological interventions for insomnia : A meta – analysis of treatment efficacy . *American Journal of Psychiatry , Vol . 151 , PP. 1172 – 1180 .*
- 106- Morin, C. M. ; Kowatch, R. A. ; Barry, T., & Walton, E. (1993). Cognitive – behavior therapy for late-life insomnia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61, PP. 137-146.*
- 107- Morris, M. ; Lack, L., & Dawson, D. (1990). Sleep-onset insomniacs have delayed temperature rhythms . *Sleep, Vol. 13, PP. 1-14 .*
- 108- Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1988). Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 56, PP. 748-753.*
- 109- Mosko, S. ; Richard, C., & McKenna, J. C. (1997). Maternal sleep and arousals during bed shoring

- with infants . *Sleep*, Vol. 20, PP. 142 - 150.
- 110- Murtagh , D. R . , & Greenwood , K . M . (1995) . Identifying effective psychological treatments for insomnia : A meta analysis . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , Vol . 63 , PP. 79 - 89 .
- 111- Nofzinger, E. A. ; Schwartz, C. F. ; Reynolds, C. F. ; Thase, M. E. ; Jennings, J. R. ; Frank, E. ; Fasiczka, A. L. ; Garamoni, G. L., & Kupfer, D. J. (1994). Affect intensity and phasic REM sleep in depressed men before and after treatment with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 62, PP. 83 - 91 .
- 112- Nowell, P. D. ; Mazumdar, S. ; Buysse, D. J. et al. (1997). Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia : A meta-analysis of treatment efficacy. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 278, PP. 2170 - 2177 .
- 113- Ollendick, T. H. ; Hagopian, L. P., & Huntzinger, R. M. (1991) . Cognitive-behavior therapy with nighttime fearful children . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 22 ( 2 ), PP. 113 - 121.
- 114- Parks, J. D., & Block, C. (1989). Genetic factors in sleep disorders . *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, Vol. 52, PP. 101-108 .
- 115- Palace, E. M., & Johnston, C. (1989). Treatment of recurrent nightmares by the dream reorganization approach . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 20 ( 3 ), PP. 219 - 226 .

- 116- Piazza, C. C., & Fisher, W. W. (1991a). A faded bedtime with response-cost protocol for treatment of multiple sleep problems in children . *Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 24, PP. 129 -140* .
- 117- Piazza, C. C., & Fisher, W. W. (1991b). Bedtime fading in the treatment of pediatric insomnia . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 22 ( 1 ), PP. 53 -56* .
- 118- Potsic, W. P., & Wetmore, R. F. (1990). Sleep disorders and airway obstructions in children. *Otolaryngologic Clinics of North America, Vol. 23 ( 4 ), PP. 651- 663*.
- 119- Richman, N. ; Douglas, J. ; Hunt, H. ; Lansdown, R., & Levere, R. (1985). Behavioural methods in the treatment of sleep disorders : A pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 26 ( 4 ), PP. 581- 590* .
- 120- Rickert, V., & Johnson, M. (1988). Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children : A comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring . *Pediatrics, Vol. 81, PP. 203 - 212* .
- 121- Roehrs , T . , & Roth , T . (2000) .Hypnotic , alcohol , and caffeine : Relation to insomnia . In M . R . Pressman & W . C .Orr ( Eds . ) , *Understanding sleep : The evaluation and treatment of sleep disorders* ( pp. 339 – 352 ) .Washington , DC . : American Psychological Association .
- 122- Shamir, E. ; Laudon , M. ; Barak, Y. ; Anis , Y. ; Rotenberg , V. ; Elizer , A . , & Zisapel , N. ( 2000 ) . Melatonin improves sleep quality of pations with

- chronic schizophrenia . *Journal of Clinical Psychiatry* , Vol .61 ( 5 ) , PP. 373 – 377 .
- 123- Sheldon, S. H. ; Spire, J. P., & Levy , H. B. (1992a). Normal sleep in children and young adults. In J. Fletcher (Ed.), *Pediatric sleep medicine* ( pp. 14 - 27 ) . Philadelphia : W. B. Saunders.
- 124- Sheldon, S. H. ; Spire, J. P., & Levy, H. B. (1992b). Disorders of excessive somnolence. In J. Fletcher (Ed.), *Pediatric sleep medicine* ( pp. 91-105 ) . Philadelphia : W. B. Saunders.
- 125- Sheldon, S. H. ; Spire, J. P., & Levy, H. B. (1992c). Sleep-wake schedule disorders. In J. Fletcher (Ed.), *Pediatric sleep medicine* ( pp. 106 - 118 ) . Philadelphia : W. B. Saunders .
- 126- Shoham ,V . ; Bootzin , R . R . ; Rohrbaugh , M . , & Urry , H. (1995) . Paradoxical versus relaxation treatment for insomnia : The moderating role of reactance . *Sleep Research* , Vol . 249 , P . 365 .
- 127- Smith , M . T . ; Perlis , M . L . ; Park , A . ; Smith , M . S . ; Pennington , J . Giles , D . E . , & Buysse , D . J . (2002) . Comparative meta – analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia . *American Journal of Psychiatry* , Vol . 159 ( 1 ) , PP. 5 – 11 .
- 128- Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (1991). The varied nature on insomnia. In P. J. Hauri ( Ed.), *Case studies in insomnia* ( pp. 1-15 ) . New York : Plenum Press.
- 129- Thorpy, M. J. (1988). Diagnosis, evaluation, and classification of sleep disorders. In R. L. Williams ; I. Karacan & C. A. Moore ( Eds. ), *Sleep*

- disorders : *Diagnosis and treatment* ( pp 9 - 25 ) .  
New York: Wiley .
- 130- Thorpy, M. J. , & Glovinsky, P. (1987). Parasomnias. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 10, PP. 623 - 639.*
- 131- Van Oot, P. H. ; Lane , T. W., & Borkovec, T. D. (1984) .  
Sleep disturbances . In H. E . Adams & P . B .  
Sutker (Eds) , *Comprehensive handbook of  
psychopathology* ( pp . 683 – 723 ) . New York :  
Plenum Press .
- 132- Wagner, J. ; Wagner, M. L., & Hening, W. A. (1998).  
Beyond benzodiazepines: Alternative  
pharmacologic agents for the treatment of  
insomnia. *Annals Pharmacotherapy, Vol. 32, PP.  
680 - 691 .*
- 133- Walsh , J . K . , & Engelhardt , C . L . (1992) . Trends in the  
pharmacologic treatment of insomnia . *Journal of  
Clinical Psychiatry , Vol . 53 , PP . 10 – 17 .*
- 134- Walsh, J. K. ; Benca, R. M. ; Bonnet, M. et al. (1999).  
Insomnia : Assessment and management in  
primary care. *American Family Physician, Vol. 59,  
PP. 3029 -3038.*
- 135- Whitney, C. W. ; Enright, P. L. ; Newman, A. B. ; Bonekat,  
W. ; Foley, D., & Quan, S. F. (1998). Correlates of  
daytime sleepiness in 4570 elderly persons : The  
cardiovascular health study. *Sleep, Vol. 21, PP. 27-  
36 .*
- 136- Wooten, V. (1990). Evaluation and management of sleep  
disorders in the elderly . *Psychiatric Annals, Vol.  
20, PP. 466 - 473.*

- 137- Zhdanova, I. V. ; Lynch, H. J., & Wurtman, R. J. (1997).  
Melatonin : A sleep promoting hormone . *Sleep*,  
*Vol. 20*, PP. 899-907.



الصفحات	الموضوع
	- الإهداء
٩	- مقدمة .....

### الفصل الأول

٢٨ - ١٥	مفهوم النوم وأنواعه ومراحله
١٥	- مقدمة .....
١٩	- أنواع النوم .....
١٩	- النوم الهادئ أو التقليدي .....
٢١	- النوم النقيضي أو المتناقض .....
٢٦	- تصنيف اضطرابات النوم .....

### الفصل الثاني

٨١ - ٣١	اضطرابات النوم الأولية ( عسر النوم )
٣١	- مقدمة .....
٣١	- ١- الأرق .....
٣٥	- أشكال الأرق .....
٣٩	- إحصائيات انتشار الأرق .....
٤٩	- تشخيص الأرق .....
٥١	- أعراض الأرق .....
٥٢	- أسباب الأرق .....

الصفحات	الموضوع
٥٧	١- العوامل التي تؤثر في بداية حدوث واستمرار اضطرابات النوم في الطفولة والمراهقة .....
٥٨	٢- الإفراط في النوم الأولى .....
٦٤	٣- نوبات النوم المفاجئة ( غفوات النوم ) .....
٦٩	٤- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس .....
٧٦	٥- اضطراب مواعيد النوم واليقظة .....

### الفصل الثالث

الصفحات	الموضوع
٨٥ - ١٠٠	اضطرابات النوم الثانوية
٨٥	١- مقدمة .....
٨٥	٢- اضطرابات الكابوس الليلي .....
٩٠	٣- اضطرابات المشي أثناء النوم .....
٩٦	٤- اضطرابات الفزع أثناء النوم .....

### الفصل الرابع

الصفحات	الموضوع
١٠٣ - ١٠٩	اضطرابات النوم غير المصنفة
١٠٣	١- مقدمة .....
١٠٣	٢- شلل النوم .....
١٠٤	٣- قفزات النوم .....
١٠٤	٤- هلاوس النوم .....
١٠٤	٥- صرع النوم .....
١٠٥	٦- الجز على الأسنان أثناء النوم .....
١٠٥	٧- اهتزاز الأرجل أثناء النوم .....

الصفحات	الموضوع
١٠٥	٧- أرجحة الرأس أثناء النوم .....
١٠٦	٨- كثرة النوم أو فرط النوم .....
١٠٧	- اكتشاف الاضطرابات المتعلقة بالنوم .....

### الفصل الخامس

١١٣ - ١٣٥	أسباب اضطرابات النوم وتفسير النظريات العلمية لها
١١٣	أولاً : الأسباب الوراثية .....
١١٣	ثانياً : الأسباب الجسمية .....
١١٥	ثالثاً : الأسباب النفسية والاجتماعية .....
١٢١	رابعاً : الأسباب البيئية .....
١٢٢	أسباب الأرق المؤقت أو العارض .....
١٢٦	تفسير النظريات العلمية لاضطرابات النوم .....
١٢٦	أولاً : النظريات القديمة .....
١٢٦	١- نظرية التحليل النفسي .....
١٢٧	٢- النظرية السلوكية .....
١٢٨	ثانياً: النظريات الحديثة .....
١٢٨	١- النظرية الوعائية .....
١٢٨	٢- النظرية الكيميائية .....
١٣١	٣- نظرية مركز النوم .....
١٣١	٤- نظرية الكف والإثارة لبافلوف .....
١٣٢	٥- نظرية المراكز المنتشرة أو المبعثرة فى المخ ..

الصفحات	الموضوع
١٣٩ - ١٩٩	علاج اضطرابات النوم
١٣٩	أولاً: العلاج العضوى .....
١٣٩	ثانياً: العلاج الطبى .....
١٤٦	ثالثاً: العلاج النفسى .....
١٤٧	⊞ علاج الأرق .....
١٥٠	- العلاج الدوائى للأرق .....
١٥٤	- العلاج النفسى للأرق .....
١٦٢	- التدريب على الاسترخاء .....
١٦٦	- العلاج بالتحكم فى المنبه أو المثير .....
١٧٣	- العلاج بالحد من أو تقييد النوم .....
١٧٥	- العلاج المعرفى .....
١٨٤	- العلاج بالعقاقير مقارنة بالعلاج النفسى .....
١٨٥	- العلاج متعدد المكونات .....
١٨٧	- العلاجات البديلة .....
١٨٩	⊞ علاج الإفراط فى النوم الأولى .....
١٨٩	⊞ علاج نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم) .....
١٩١	⊞ علاج اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس .....
١٩٢	⊞ علاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة .....
١٩٣	⊞ علاج اضطراب الكابوس الليلى .....
	⊞ علاج اضطراب الفزع أثناء النوم ، واضطراب
١٩٤	المشى أثناء النوم .....
١٩٧	رابعاً : العلاج البيئى .....
١٩٧	خامساً : العلاج الأسرى .....

فهرس الموضوعات

الصفحات

الموضوع

الفصل السابع

٢٣٧ - ٢٠٣

تقدير وقياس اضطرابات النوم

- ٢٠٣ ..... مقدمة -
- ٢٠٣ ..... المقابلة الشخصية الكلينية -
- ٢٠٨ ..... قياس سلوك النوم عند الأطفال -
- ٢١٠ ..... مقياس اضطراب مواعيد النوم واليقظة -
- ٢١٤ ..... مقياس إيبورث للنوم -
- ٢١٨ ..... قائمة المفاهيم الشائعة عن الأرق -
- ٢٢٢ ..... مقياس اضطرابات النوم -
- ٢٢٧ ..... اختبار النوم -
- ٢٣١ ..... استبيان تاريخ النوم -
- ٢٣٣ ..... مفكرة النوم -

الفصل الثامن

٢٤٧ - ٢٤١

نصائح لنوم صحي سليم

- ٢٤١ ..... مقدمة -
- ٢٤١ ..... نصائح لنوم صحي سليم -
- ٢٥١ ..... ثبت المصطلحات -
- ٢٦١ ..... المراجع العربية -
- ٢٦٣ ..... المراجع الأجنبية -



### المؤلف في سطور :

دكتور مجدى محمد محمد الدسوقي .

حصل على درجة الماجستير في التربية تخصص صحة نفسية

من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام ١٩٩٠ م .

حصل على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص صحة نفسية

من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام ١٩٩٤ م .

له عدة مؤلفات منها :

- ١ - سلسلة الاضطرابات النفسية التي تشمل خمسة أجزاء هي :  
اضطرابات النوم ، فقدان الشهية العصبى ، الشره العصبى ، اضطراب صورة الجسم ،  
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .
- ٢ - سيكولوجية النمو من الميلاد حتى المراهقة .
- ٣ - القياس فى العلوم التربوية والنفسية .
- ٤ - دراسات فى الصحة النفسية .
- ٥ - قياس الشخصية ( رؤية عربية ) .
- ٦ - أكثر من ٢٠ مقياساً نفسياً فى مجالات القياس النفسى قام بتعريبها وتقنينها على  
البيئة المصرية ، وكلها منشورة بالمكتبات المصرية .
- ٧ - عضو بالجمعيات العلمية المصرية .
- ٨ - شارك فى العديد من المؤتمرات والندوات العلمية ، واللقاءات الفكرية المرتبطة  
بمضاي المجتمع .

ويرحب المؤلف بتعليقاتكم واقتراحاتكم فيما يتعلق بهذه المؤلفات وذلك

بالمكاتبة على البريد الإلكتروني :

E - mail : dr\_meldesoki@hotmail.com

dr\_meldesoki@yahoo.com